

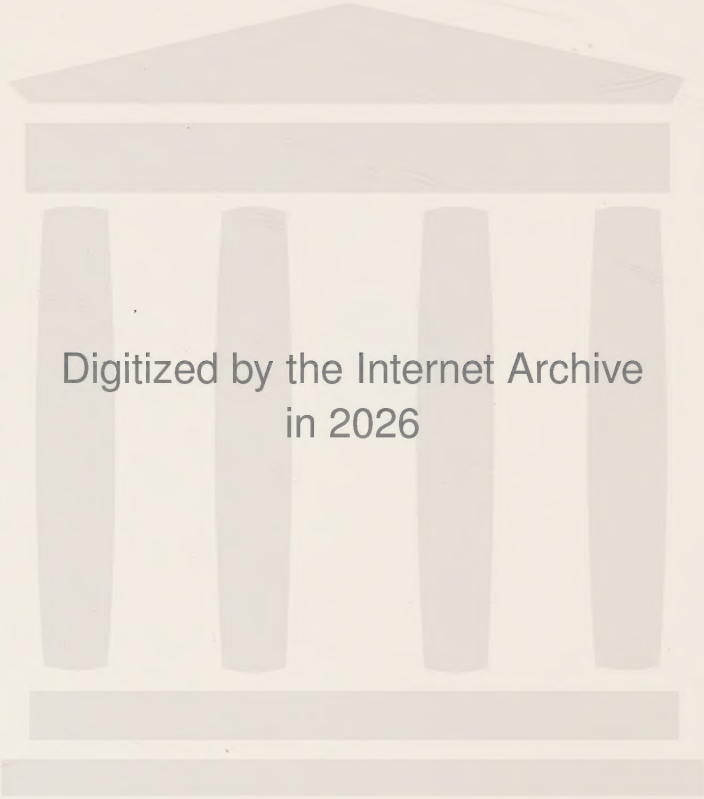
PRÄVALENZ UND VERLAUF DES
ALKOHOLISMUS BEI MÄNNERN

STEPHAN KELLNAR

1984⁵

*Diss
München*





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554826_0038

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

PRÄVALENZ UND VERLAUF DES ALKOHOLISMUS BEI MÄNNERN

Ergebnisse einer Untersuchung in drei Gemeinden Oberbayerns

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Stephan Kellnar
aus München

München 1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der
Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. M. Fichter

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 7.6.85

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	3
2. Stand der Forschung	9
3. Ziele der Untersuchung	18
4. Methodik	21
4.1. Untersuchungsgebiet	21
4.2. Probandenauswahl	24
4.3. Untersuchungsinstrument	26
4.4. Pilotstudie	40
5. Ergebnisse	41
5.1. Projekt A 10	41
5.1.1. Alkoholismus-Prävalenz und soziodemographische Merkmale	41
5.1.2. Alkoholismus und soziale Integration	58
5.1.3. Alkoholismus und wirtschaftliche Situation	69
5.1.4. Alkoholismus und physisches Befinden	71
5.1.5. Alkoholismus und psychisches Befinden (Goldberg-Interview)	77
5.1.6. Alkoholspezifischer Fragenkomplex	82
5.2. Projekt D 4	86
5.2.1. Gegenüberstellung der Ergebnisse soziodemographischer Merkmale und der Alkoholismus-Prävalenz beider Querschnittserhebungen	86
5.2.2. Alkoholkonsummenge im Verlauf und soziale Integration	92
5.2.3. Alkoholismus und physisches Befinden	98

5.2.4.	Alkoholismus und psychisches Befinden	104
5.2.5.	Alkoholismus und soziale Integration	109
5.2.6.	Alkoholspezifischer Teil einschließlich "Münchener Alkoholismus Test"	111
6.	Beschreibung einiger Krankheitsverläufe	122
7.	Diskussion	145
8.	Zusammenfassung	166
9.	Literatur	171

1. EINLEITUNG

Erst in den letzten fünfzig Jahren ist die Sozialmedizin im allgemeinen und das Alkoholproblem im speziellen in das Interesse der Wissenschaft gerückt. Vor allem die USA waren für diese Entwicklung wegweisend und von dort kamen auch die ersten epidemiologischen Untersuchungen auf dem Gebiet des Alkoholismus.

Hier wurde zum ersten Mal der Alkoholismus als Krankheitsbegriff definiert und dementsprechend als "legaler" Gegenstand epidemiologischer Forschung angesehen. In der neueren Alkoholforschung impliziert das Wort "Alkoholismus" vor allem zwei unterschiedliche Begriffe, die nicht notwendigerweise miteinander verknüpft sein müssen, sondern jeder stellt für sich ein unabhängiges Phänomen dar: Der Mißbrauch und die Abhängigkeit. FEUERLEIN (1979) versteht unter "Alkoholmißbrauch" "den gegenüber den jeweiligen soziokulturellen Normen überhöhten Konsum von Alkohol", wobei weiterhin die gesellschaftlich tolerierte Konsummenge abhängt von der jeweiligen Situation (Gaststätte, Straßenverkehr u.s.w.) sowie von der psychischen und physischen Konstitution des Konsumenten. Bei dem Begriff "Abhängigkeit" wird meist die psychische von der physischen Abhängigkeit getrennt: EDDY et al. (1965) definiert die psychische Abhängigkeit als das "unwiderstehliche Verlangen nach weiterem Konsum zur Erzeugung von Lust bzw. zur Vermeidung von Mißbehagen", während die physische Abhängigkeit durch das Auftreten spezieller somatischer und psychischer Symptome bei Entzug der jeweiligen Droge gekennzeichnet ist. Auch die dritte Ausgabe des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM III, 1980) erläutert den Begriff "Alkoholismus" anhand der Charakteristika "Mißbrauch" und "Abhän-

gigkeit", grenzt aber beide Phänomene genauer voneinander ab: So besteht Alkoholmißbrauch gemäß DSM III im "dauernden oder episodischen Alkoholkonsum für mindestens einen Monat verbunden mit sozialem Fehlverhalten bzw. Funktionsstörungen im gesellschaftlichen oder familiären Bereich sowie nach mindestens zwei schweren Alkoholintoxikationen nach Hinterlassung amnestischer Lücken für diesen Zeitraum." Die Abhängigkeit äußert sich in der Unfähigkeit den Konsum einzuschränken, des "nicht mehr Aufhörenkönnens" bis zum Erreichen des Rauschzustandes (Kontrollverlust) sowie in einer zunehmenden Alkoholtoleranz, d.h., daß eine gleiche Alkoholdosis beim Individuum eine immer geringere Wirkung erzielt, bzw., daß bis zum Eintreten des Rauschzustandes immer größere Alkoholmengen nötig sind.

Der Alkoholismus wird zwar durch die beiden Begriffe "Mißbrauch" und "Abhängigkeit" näher beschrieben, eine allgemein gültige Definition läßt sich daraus jedoch noch nicht ableiten, da dieses Phänomen letztlich in Bezug auf seine Ätiologie, den Verlauf und die Ausprägungsformen zu uneinheitlich ist, um es in eine "kompakte" Begriffsbestimmung fassen zu können. Daraus erklären sich auch die z.T. erheblichen Abweichungen bei den verschiedenen Versuchen, eine endgültige Alkoholismusdefinition aufzustellen. So verstand JELLINEK (1960) unter dem Begriff "Alkoholismus" "jeglichen Gebrauch alkoholischer Getränke, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden einen Schaden zufügt". Diese allgemeine Formulierung konkretisierte er durch die Entwicklung von vier Alkoholikermodellen, die als Typologie auch heute noch ihre Bedeutung haben; ein fünfter Typ E wurde später noch mitein-

bezogen. So wird der Typ des α -Alkoholikers als reiner "Konflikt-trinker" charakterisiert, der noch ohne Kontrollverlust vom Alkohol bisher nur psychisch abhängt; davon abgegrenzt wird der "Wochenend"- bzw. "Gesellschaftstrinker" - der β -Alkoholiker - der, ohne definitive psychische oder physische Abhängigkeit, nur von seiner Umwelt zum Trinken verleitet wird. Beim γ -Alkoholismus jedoch besteht die psychische und physische Abhängigkeit, Kontrolle über das Trinken ist nicht mehr gegeben, dazu kommt noch die zunehmende Toleranz gegenüber der wirksamen Alkoholdosis, so daß man diesen Typ als krankhaft süchtigen Trinker bezeichnen könnte. Der δ -Alkoholiker kann zwar noch den Konsum kontrollieren, eine Alkoholabstinenz ist aber für ihn nicht mehr möglich; es besteht also vorwiegend eine physische Abhängigkeit u.zw. mit einer relativ hohen Toleranzschwelle. Diesen Typ des "Gewohnheitstrinkers" findet man häufig bei Berufen, die mit Alkohol in irgendeiner Weise in Zusammenhang stehen (z.B. Gastwirte, Brauereiarbeiter). Der von JELLINEK (1960) später noch ergänzte Typ des ϵ -Alkoholikers wird landläufig als "Quartalssäufer" bezeichnet und zeichnet sich durch episodenhaftes Trinken aus.

In der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (1969) erscheint Alkoholismus als allgemeines Modell einer Drogenabhängigkeit, so daß er als Zustand beschrieben wird, der psychische und möglicherweise physische Abhängigkeit beinhaltet und aus einer Interaktion zwischen einem Organismus und der Droge "Alkohol" resultiert, charakterisiert durch Verhaltensänderung und andere Folgeerscheinungen, immer verbunden mit dem Zwang, die Droge kontinuierlich oder periodisch einzunehmen, um ihren psy-

chischen Effekt zu erfahren bzw. das Mißbehagen ihres Fehlens zu vermeiden. Eine Toleranz kann, muß sich aber nicht entwickeln. Dennoch wurde bei dieser umfassenden Definition nicht berücksichtigt, daß beim Alkohol besondere Verhältnisse vorliegen: So kann er nicht nur als Rauschmittel sondern auch als "Bestandteil von zahlreichen, in unserem Kulturkreis allgemein üblichen durstlöschenden Getränken als Genußmittel, ja sogar als Nahrungsmittel angesehen werden" (FEUERLEIN, 1979).

Nicht zuletzt wegen dieser schwierigen begrifflichen Abgrenzbarkeit wurde in der Bundesrepublik erst 1968 nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes der Alkoholismus als Krankheit versicherungsrechtlich anerkannt, obwohl unter den psychiatrischen Erkrankungen nach den neurotischen und psychosomatischen Störungen Alkoholismus und Drogenabhängigkeit an zweiter Stelle rangiert und immer noch das weitaus größte sozialmedizinische Suchtproblem darstellt (SOLMS, 1975). Trotzdem sind in der BRD umfangreiche Erhebungen auf diesem Gebiet eher die Ausnahme. Die meisten Untersuchungen, die diesbezüglich durchgeführt wurden, basieren im wesentlichen auf indirekten Schätzungsmethoden, d.h. Ergebnisse wurden anhand von Hochrechnungen erstellt, so daß beispielsweise über Erhebungen des Pro-Kopf-Verbrauchs in der Bevölkerung oder über die Anzahl der (postmortal gesicherten) alkoholischen Leberzirrhosen auf Ausmaß und Häufigkeit des Alkoholismus geschlossen wurde. So vorsichtig man auch mit derartig errechneten Zahlen umgehen muß, so wird doch im groben der Umfang des Alkoholproblems erkennbar: Nach einer Untersuchung FEUERLEINS (1977) liegt der Alkoholikeranteil in der Bundesrepublik bei ca.

2-3% und der Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung nahm in den Jahren 1960-1970 um fast 60% zu (DE LINT, 1975). Diese eindrucksvollen Ergebnisse lassen aber dennoch kaum Möglichkeiten zu, daraus präventiv-medizinische Maßnahmen abzuleiten, da sie nur eine grobe Beschreibung der allgemeinen Situation wiedergeben ohne auf die Problematik im einzelnen näher einzugehen.

Um den Alkoholiker in seiner Gesamtpersönlichkeit darzustellen mit seiner subjektiven Wahrnehmung, seiner Trink- und Lebenssituation inmitten des Sozialisations- und Kommunikationsprozesses, bedarf es aufwendigerer epidemiologischer Forschung, die in der BRD auf diesem Gebiet noch in sehr geringem Umfang betrieben wird. Nach REUBAND (1979) und TROJAN (1980), die eine aktuelle Übersicht der Alkoholismus-Epidemiologie in der Bundesrepublik lieferten, dienen derartige Studien, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eher dem Zweck der Marktforschung als der sozialmedizinischen Gesundheitsfürsorge, obwohl hier die Möglichkeit bestünde, Ätiologie und Pathogenese des Alkoholismus näher zu erfassen, mögliche Risikogruppen aufzudecken und psychische und soziale Schäden zu erkennen, um daraus eventuell noch Konsequenzen auf therapeutischem Gebiet ziehen zu können.

Die vorliegende Studie ist ein Versuch, diesem Mangel ein wenig zu begegnen. Es handelt sich um eine in den Jahren 1975-1977 von DILLING & WEYERER (1980) durchgeführte Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns, in der die soziale und diagnostische Verteilung psychiatrischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung bestimmt wurde. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde besonders

Wert auf die Ermittlung der Alkoholismus-Prävalenz gelegt. Ergänzt wurde diese erste Erhebung durch eine Follow-up Studie nach einem Zeitraum von fünf Jahren, die sich als Längsschnittstudie für eine Verlaufsuntersuchung anbietet.

2. STAND DER FORSCHUNG

Zur Erfassung des Alkoholproblems wurden bislang vor allem drei grundsätzlich unterschiedliche Untersuchungsmethoden angewendet:

- Indirekte Schätzungsmethoden
- Analysen der Behandlungsinzidenz und -prävalenz
- Erfassung der wahren Inzidenz und Prävalenz in epidemiologischen Feldstudien.

Indirekte Schätzungsmethoden:

Die zwei klassischen Ansätze der indirekten Schätzungsmethode beruhen hauptsächlich auf den Untersuchungen LEDERMANN (1956) und JELLINEKS (1946). LEDERMANN forderte eine asymmetrische Alkoholkonsumenten-Verteilung, d.h., nach seinen Untersuchungen trinkt die Mehrzahl der Bevölkerung unterdurchschnittliche Alkoholmengen, während einige wenige exzessive Trinker durch übermäßigen Konsum den Durchschnittsverbrauch in die Höhe treiben. So kann man nach einer von ihm entwickelten Formel vom durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch auf den Alkoholikeranteil einer Population schließen. In der Bundesrepublik errechnet sich auf diese Weise ein Bevölkerungsanteil von 5%, der 36% des Gesamtverbrauchs konsumiert (SOLMS, 1975). Zahlreiche Studien und Analysen in der Folgezeit ergaben nur teilweise Übereinstimmung: Während SCHMIDT und DE LINT (1970) diese Theorie als durchaus praktikabel ansahen, kritisiert SKOG (1973) die starken Abweichungen bei Populationen mit relativ niedrigem Verbrauch,

während DUFFY (1977) diese Theorie als "persistent fallacy in epidemiological research into alcoholism" bezeichnet, vor allem bei einer unkritischen Anwendung dieser Gesetzmäßigkeit. So ist der umgekehrte Schluß durchaus nicht zulässig, daß bei einer generellen Konsumverminderung die Zahl der exzessiven Alkoholiker zurückgeht. Der Ansatz von JELLINEK (1942) von der Mortalität an Leberzirrhosen auf die Alkoholismusprävalenz hochzurechnen, wurde von späteren Autoren ebenfalls nur zum Teil bestätigt. Die Hauptkritikpunkte ergaben sich aus nachfolgenden Untersuchungen von POPHAM (1970), SCHMIDT und DE LINT (1971), WHITLOCK (1974) und JORKE (1977). So ist bei der Pathogenese der Leberzirrhose der Alkoholismus nur einer von mehreren Kausalfaktoren (wie etwa Infektionen und Intoxikationen); dazu kommt überhaupt noch die Schwierigkeit der Diagnosestellung "Leberzirrhose" sowie Unzuverlässigkeiten bei Meldungen an die jeweiligen statistischen Institutionen.

Neben diesen beiden mittlerweile schon historischen indirekten Bestimmungsverfahren wurden in der letzten Zeit vor allem in den Vereinigten Staaten weitere Indikatoren zur Bestimmung von Ausmaß und Verteilung des Alkoholismus gefunden. Nach einer Übersicht von FAHRENKRUG (1981) bezüglich der Sozialindikatoren-Forschung in den USA und der Bundesrepublik sind es vor allem Zahlen aus Kriminalitäts- und Unfallstatistiken, Verkaufsziffern und Steuereinnahmen, Haushaltsausgaben für alkoholische Getränke sowie sonstige, mit Übermäßigem Alkoholkonsum korrelierende Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Auch hier weist FAHRENKRUG auf einen gewissen "Nachholbedarf" der BRD hin. Zwar geben "multiple

indicator approaches" (HAGLUNG & SCHUCKIT, 1977) eine grobe Übersicht über den Umfang der Alkoholproblematik, jedoch die psychische und soziale Pathologie, der individuelle Verlauf und die Entwicklungsdynamik des Alkoholismus bleiben hier völlig unberücksichtigt.

Behandlungsinzidenz und -prävalenz

Über Daten aus Behandlungseinrichtungen direkt auf die wahre Alkoholismusprävalenz einer Population zu schließen ist unzulässig, da meist nur ein geringer und speziell selektierter Anteil, der die verschiedenen Behandlungseinrichtungen in Anspruch nimmt, auch als Alkoholiker erfaßt wird. So werden in allgemein-medizinischen Institutionen häufig nur Patienten mit eindeutigen somatischen Manifestationen einer chronischen Alkoholintoxikation mit der Diagnose "Alkoholiker" versehen. Leichtere Fälle mit unspezifischen Beschwerden, wo gezielte alkoholrelevante Fragen (etwa nach Trinkverhalten und Trinkmenge) zur endgültigen Diagnosestellung notwendig wären, werden dagegen häufig nicht erkannt. Viele Patienten weisen nur sehr selten von sich aus auf den Zusammenhang ihrer Beschwerden mit ihrem Alkoholismus hin. Als Gründe hierfür wären vor allem mangelnde Krankheitseinsicht (MECHANIC, 1966) und die Angst vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung nach einer Registrierung als Alkoholiker zu nennen. TROJAN (1980) fand in einem Überblick über derartige Untersuchungen, die in der BRD in den letzten zwanzig Jahren durchgeführt wurden, in den meisten Fällen eine weit

niedrigere Prävalenzrate als beispielsweise bei Repräsentativstudien auf diesem Gebiet ermittelt wurden. In Erhebungen, bezogen auf das gesamte Krankengut in Allgemeinpraxen, wurde die Diagnose "Alkoholismus" sehr selten gestellt. RITTER (1968) verzeichnete überhaupt keinen Fall und FEUERLEIN (1972) gab in einer Untersuchung bei 105 Allgemeinärzten eine durchschnittliche Zahl von 2-5 Patienten pro Quartal mit der Diagnose "Alkoholismus" an, was bei ungefähr 1000 Patienten pro Quartal einem Alkoholikeranteil von 0,2 - 0,5% entspräche. Ähnlich verhält sich die Situation in Allgemeinkrankenhäusern. Einer Erhebung von INFRATEST (1975) in der BRD und West-Berlin (in Akutkrankenhäusern über 50 Betten) zufolge, betrug der Anteil der Alkoholdiagnosen beim gesamten allgemeinen Krankengut 0,7% aller Diagnosen. SIEDE et al. (1975) verzeichneten bei einer Untersuchung an fünf Allgemeinkrankenhäusern Niedersachsens 1,2% diagnostizierte Alkoholiker unter 5.384 Patienten von internistischen und chirurgischen Stationen.

Diese vergleichsweise geringen Zahlen sind vor allem, wie schon oben aufgeführt, auf die beim Alkoholismus spezielle Problematik der Fallidentifikation zurückzuführen. Screening-Studien, wie sie von ATHEN (1980) und AUERBACH & DILLING (1980) durchgeführt wurden, wo der Alkoholikeranteil im allgemeinen Patientengut mittels eines speziellen Tests (MALT) ermittelt wurde, ergaben ungleich höhere Werte. So betrug bei einer Erhebung von ATHEN in einem Kreiskrankenhaus Oberbayerns der Anteil der im Test als sicher eingestuftten Alkoholiker (mehr als elf Testpunkte) am gesamten Krankengut 11% und AUERBACH & DILLING errechneten mit

[illegible]

Epidemiologische Feldstudien:

Zur Bestimmung der tatsächlichen Alkoholprävalenz ist die epidemiologische Feldstudie die Methode der Wahl. Denn nur hier ist es möglich, das gesamte Fallspektrum, behandelte wie auch nichtbehandelte Alkoholiker, zu erfassen. Die Fallidentifikation ist im Rahmen einer Feldstudie besonders schwierig. Denn abgesehen von Extremfällen ist die Diagnosestellung z.B. in einer ländlichen Gemeinde, in der mäßiger Alkoholkonsum nicht nur geduldet, sondern eher gefördert, ja sogar als "Männlichkeitskriterium" verlangt wird, problematisch, so daß Angaben des Patienten für eine objektive Bewertung in der Regel nicht ausreichen. Andererseits ist jedoch auch mit Verleugnungstendenzen zu rechnen, die bei abnormem Trinkverhalten wiederum der Furcht vor Diskriminierung durch die Gesellschaft entspringen. So sind psychiatrische Kenntnisse des Interviewers eine wichtige Voraussetzung für seine Arbeit in den unterschiedlichen Milieus.

Da bezüglich des Alkoholismus keine eindeutigen pathognomonischen Symptome vorliegen, muß der Interviewer Selbst- und Fremdbeurteilung des Probanden sowie die verschiedenen somatischen, psychischen und sozialen Erscheinungsbilder kombinieren, um zu einer entsprechenden Diagnose gelangen zu können. Ein in dieser Hinsicht umfangreicher Test wurde vom National Committee of Alcoholism (1973) erarbeitet, der diese Parameter sowie zusätzlich das pathologische Trinkverhalten erfaßt und untereinander entsprechend gewichtet. Weiterhin sind u.a. dem Criteria Committee

(1973), EDWARDS (1973), CELENTANO (1978) und FEUERLEIN (1977) Zusammenstellungen einigermaßen objektivierbarer Auswahlkriterien zur Alkoholismus-Diagnosestellung zu verdanken. So stellten BOYD et al. (1983) die unterschiedlich hohen Prävalenzraten nebeneinander dar, die bedingt waren durch unterschiedliche Diagnosekriterien bzw. durch unterschiedliche Alkoholismus-Definitionen. Er wandte an einem Kollektiv von 720 Erwachsenen in einer Gemeinde in Nordamerika folgende Alkoholismusdefinitionen an: RDC (SPITZER et al., 1978), ICD (9. Revision), Kriterien zusammengestellt vom National Council of Alcoholism (1972), aus dem DSM III die Diagnosen Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit, von JELLINEK (1960) die Definition des Gamma-Alkoholikers sowie die von FEIGNER (1972) erstellten Alkoholismuskriterien. Bei dieser Untersuchung schwankten die Alkoholismus-Prävalenzraten zwischen 1,6% (JELLINEKs Gamma-Alkoholiker) und 2,4% nach dem RDC.

Bei ausreichender Reliabilitätsbestimmung und Überprüfung der Validität läßt sich mit diesen direkten Methoden, zwar unter erheblichem zeitlichen und personellen Aufwand, die wahre Alkoholprävalenz am genauesten darstellen. Wie schon in der Einleitung erwähnt, wurden epidemiologische Feldstudien in Deutschland auf dem Gebiet der Alkoholforschung nur in wenigen Fällen angewandt, im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten, wo diese direkte Bestimmungsmethode bereits eine Tradition besitzt (FAHRENKRUG, 1981). In den USA werden seit 20 Jahren regelmäßig "National Surveys" (JOHNSON et al., 1977) vorgelegt, die als Repräsentativumfragen die Grundlage für Trendanalysen bezüglich Verteilungsmuster und Konsummenge darstellen. Trinkverhalten der

Gesamtbevölkerung (CAHALAN & CISIN, 1976) wurden beschrieben wie auch unter speziellen Gruppen wie Schülern, Studenten, Soldaten usw. Daten bezüglich des Alkoholkonsums gesammelt und analysiert (NOBLE, 1978). Dagegen muß man sich in der Bundesrepublik, abgesehen von speziellen Untersuchungen kleineren Umfangs, auf drei umfassendere epidemiologische Studien beschränken. Hier sind zu nennen die von der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren durchgeführten Umfragen (INFRATEST, 1975) bei 1952 Probanden im Alter von 20 - 64 Jahren, in der sich nach einem erstellten "Alkoholabusus-Index" der Prozentsatz der Alkoholiker - auf die erwachsene Gesamtbevölkerung bezogen - auf 4% beläuft. Eine weitere Studie war die 1973/74 vom Bayerischen Staatsministerium des Innern veranlaßte Repräsentativerhebung. Zusammenfassend läßt sich dazu feststellen (SCHUSTER, 1977), daß 64% der 12-14-Jährigen gelegentlich oder sogar regelmäßig Bier bzw. Wein konsumieren, daß 50% der 16-Jährigen regelmäßig Alkohol trinken und daß fast jeder zehnte Alkoholpatient ein Jugendlicher (jünger als 25 Jahre) ist. Die in der epidemiologischen Alkoholforschung in der Bundesrepublik inzwischen zum "Klassiker" gewordene Studie von WIESER (1972) "Über das Trinkverhalten der Deutschen" gilt immer noch als umfassendste Darstellung der Alkoholismus-Situation in der Bundesrepublik. Danach konsumieren 26% der Gesamtbevölkerung täglich alkoholische Getränke, 35% mindestens wöchentlich in regelmäßigen Abständen, 30% zu bestimmten Anlässen wenigstens einmal im Monat und nur 5% leben völlig alkoholabstinert. Der Rest (ca. 4%) setzt sich aus exzessiven Trinkern zusammen, die WIESER wegen ihres gewohnheitsmäßigen und quantitativ hohen Alkoholkonsums als "echte Alkoholiker" einordnet.

"Die letzte Stufe" der Repräsentativumfragen-Forschung auf dem Alkoholismusgebiet sind lt. FAHRENKRUG (1981) Longitudinalstudien, die auf eine Verlaufsuntersuchung abzielen wie sie z.B. von CLARK & CALAHAN (1976) durchgeführt wurde. Innerhalb von vier Jahren wurde der Entwicklungsprozeß von "Problemtrinkern" verfolgt, wobei häufige Remissionen, ein Fluktuieren zwischen verschiedenen Alkoholikertypen sowie unterschiedliche Arten der Progredienz beobachtet wurden. In jüngster Zeit wurden in Deutschland erste Ansätze zur Betrachtung einer "Alkoholikerkarriere" vor allem von BERGER et al. (1979) entwickelt. Weitere Trends der neueren Alkoholismusforschung stellen die analytische Epidemiologie, intensivere Gemeindestudien und Mehrebenenanalysen dar, die komplexere Erklärungsmodelle für Ätiologie und Pathogenese in Hinblick auf Prävention und Therapie bieten sollen.

3. ZIELE DER UNTERSUCHUNG

Die schon genannten Vorteile einer epidemiologischen Feldstudie im Vergleich zu einer administrativen Studie sollen bei dieser Untersuchung als bestimmende Zielsetzungen angesehen werden:

Zum ersten wird also versucht, in einem Querschnitt eines repräsentativen Stichprobenkollektivs - detaillierter als das bislang von DILLING & WEYERER (1980) and WEYERER et al. (1981) geschehen ist - eine möglichst wirklichkeitsgetreue Darstellung der Alkoholismusprävalenz dieser Kleinstadtbevölkerung herauszuarbeiten. Die nach Art und Schweregrad abgestufte Diagnose "Alkoholismus" (ICD 8. Revision, 303) wurde aufgrund eines Interviews, das allgemeine wie alkoholspezifische Fragestellungen in größtenteils standardisierter Form enthält, in Kombination mit der subjektiven Beurteilung des psychiatrisch geschulten Interviewers gestellt. Sie soll im Zusammenhang gesehen werden mit dem familiären, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umfeld, in dem der betreffende Proband lebt und arbeitet - unter der Fragestellung einer möglichen sozialen, ökonomischen und/oder psychischen Typisierung des Alkoholikers.

Im zweiten Teil sollen die als Alkoholiker diagnostizierten Probanden näher untersucht werden. Dabei wird zunächst das Trinkverhalten beschrieben, so etwa Häufigkeit und durchschnittliche Menge des Alkoholkonsums, Art des Getränks sowie die sozialen Aspekte des Trinkens.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit. So wird geprüft, ob die in der Literatur als typische Alkoholismusfolgeschäden beschriebenen Krankheiten

wie z.B. auf somatischem Gebiet die Leberzirrhose, gastrointestinale Störungen oder Kardiomyopathien, bzw. auf psychiatrisch-neurologischem Gebiet das organische Psychosyndrom, Polyneuropathien sowie Depressionen und Wahnkrankheiten auch bei diesem Alkoholikerkollektiv gehäuft zu finden sind.

Der dritte Teil stellt eine Längsschnittuntersuchung dar, die durch eine nach fünf Jahren (1980/81) in Palling, Traunstein und Traunreut durchgeführte Follow-up Studie von FICHTER et al. ermöglicht wurde. Zunächst sollen die 1975 ermittelten "Alkoholprobanden" bezüglich Änderungen ihrer sozialen, ökonomischen, psychischen und physischen Merkmale sowie des individuellen Trinkverhaltens näher betrachtet werden. Weiter werden die 1975 erhobenen Daten derer, die 1980 als neuerkrankte Alkoholiker auftraten, analysiert, um auf mögliche Anlässe oder richtungsweisende Entwicklungen zu stoßen. Für chronische, remittierende und neuerkrankte Alkoholiker sollen typische Krankheitsverläufe dargestellt werden.

Ein weiteres Kapitel dieser Studie beschäftigt sich mit dem 1977 von FEUERLEIN entwickelten Münchner Alkoholismus-Test (MALT). Zwar wurden schon von verschiedener Seite (AUERBACH & DILLING, 1980) Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität geprüft und für ausreichend befunden, doch bezogen sich diese Analysen meist auf stationär oder ambulant behandelte Alkoholiker und nicht so sehr auf die Fälle, wie sie Gegenstand dieser Studie sind, nämlich mehr oder weniger in die Gesellschaft integrierter Personen ohne besonders auffällige klinische Symptomatik, die meist nur wegen ihres abnormen Trinkverhaltens als Alkoholiker eingestuft wurden. So wären bei dieser im Einzelfall schwierigen

Abgrenzbarkeit objektive Auswahlkriterien von ausreichender Validität willkommen, und deshalb soll hier bei diesem Alkoholikerkollektiv außerhalb der Klinik noch einmal die Gesamteffizienz dieses Testes bewertet und die praxisgerechte Durchführbarkeit überprüft werden.

4. METHODIK

4.1. Untersuchungsgebiet

Alle drei Orte, die für diese Erhebung ausgewählt wurden, gehören dem Landkreis Traunstein (eine Region im Südosten Bayerns) an, liegen relativ weit von der nächsten Großstadt - von Salzburg 40 km, von München 100 km - entfernt und stellen so typische Kleinstädte auf dem Lande dar, die von Großstadteinflüssen weitgehend unberührt bleiben (Abb. 1). Die Kreisstadt Traunstein ist mit 14.418 Einwohnern (1974) der größte der drei Orte, jedoch ist die Einwohnerzahl im Sinken begriffen (seit 1950 um 10%). Knapp 40% sind von Geburt an in Traunstein ansässig, weitere 54% leben hier seit mindestens fünf Jahren. Traunstein ist als Dienstleistungsstadt zu charakterisieren; immerhin arbeiten 40% der Erwerbstätigen in diesem Bereich. Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung (Follow-up Studie D 4 durch FICHTER et al.) erhöhte sich die Einwohnerzahl, vor allem bedingt durch Eingemeindungen in den letzten Jahren, von 14.418 (31.12.74) auf 17.422 (1.5.78).

Die zweitgrößte Stadt - mit einer Einwohnerzahl von 12.655 (1974) - ist Traunreut. Auch hier erhöhte sich im Rahmen einer Gebietsreform die Zahl auf 17.893 (30.9.1977), was auf zusätzliche Eingemeindungen zurückzuführen ist. Der Großteil der Bevölkerung dieses Ortes, der erst in der Nachkriegszeit gegründet wurde, setzt sich aus Flüchtlingen des Zweiten Weltkriegs zusammen, in der Mehrzahl handelt es sich um Deutsche aus den Ostgebieten und dem Sudetenland, jedoch liegt auch der Ausländeranteil mit rund 14% relativ hoch. Die Bevölkerungsmobi-

lität liegt wie in Traunstein bei etwa 10%. Da ungefähr 80% der Berufstätigen in produzierenden Großbetrieben arbeiten, könnte man Traunreut als Industriestadt bezeichnen.

Eine ganz andere Sozialstruktur liegt in der Gemeinde Palling vor. So leben über 60% der Einwohner seit Geburt, ein weiteres Viertel seit über 5 Jahren im Landkreis von Traunstein. Die Mobilität ist mit einer jährlichen Rate von etwa 5% Zuzügen und Wegzügen relativ gering. Ein Großteil (40%) der berufstätigen Bevölkerung ist in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt. Von dieser Gruppe bewirtschaftet jeder Zehnte eine Nutzfläche von mindestens 30 ha. Aus diesem Grunde ist Palling eine im Vergleich zu den beiden anderen Orten vorwiegend auf Bodenkultur ausgerichtete Landgemeinde. In der Zeit von 1974 - 1979 stieg die Einwohnerzahl von 1.973 auf 2.863, was vor allem auf die schon oben genannte Gebietsreform zurückzuführen ist; dies nimmt jedoch keinen direkten Einfluß auf die 1980 durchgeführte Follow-up Studie, da nur die Probanden, die schon 1975 ausgewählt wurden, bei der Folgestudie 1980 befragt wurden.



Abb. 1 GEOGRAPHISCHE LAGE DES UNTERSUCHUNGSGEBIETES
(nach DILLING & MEYERER, 1980)

4.2. Probandenauswahl

Die Voraussetzung für die gültige Aussagekraft einer Felderhebung ist eine ausreichende Repräsentativität der Stichprobe aus der zu untersuchenden Grundgesamtheit. Um dies in genügendem Maße zu gewährleisten, ist es nötig, zum einen einen möglichst großen Stichprobenumfang zu wählen, zum anderen, jedem "Element" der Grundgesamtheit die gleiche Chance zu ermöglichen, in die Stichprobe zu gelangen. So wurde hier die Zahl des Stichprobenkollektivs auf 1.500 festgelegt, die sich zusammensetzt aus je 600 Personen aus den Städten Traunstein und Traunreut sowie 300 Probanden aus Palling. Zur Gewähr der Chancengleichheit wurden aus den Einwohnerkarteien, die von den jeweiligen Gemeindeverwaltungen zur Verfügung gestellt worden waren, die Probanden "systematisch" ausgewählt, d.h. jeder n-te Einwohner wurde in die Stichprobe aufgenommen. Nach vorangegangener allgemeiner Information in der Lokalpresse wurde dieser ausgewählte Personenkreis wenige Tage vor Interviewtermin noch einmal persönlich angeschrieben. Von den insgesamt 1.668 Probanden, die für das Interview ausgewählt wurden, verweigerten 132 (6,8%) das Interview, der Anteil der neutralen Ausfälle betrug insgesamt 14,2%; bei diesen Ausfällen handelte es sich fast ausschließlich um Personen, die entsprechend der Definition des Statistischen Landesamtes nicht zur Wohnbevölkerung gehörten und somit von vorneherein nicht für das Interview vorgesehen waren. Die Verweigerungsraten schwanken jedoch erheblich innerhalb der einzelnen Orte: so betrug sie in Palling nur 0,6%, während sie in Traunreut und Traunstein um ein Vielfaches höher war. Bei den Verweigerern war der Anteil der

Frauen stärker vertreten (64,4%, $\chi^2 = 5,17$; 1 df; $p > (0,05)$, während bei den neutralen Ausfällen die Männer signifikant mit 55,1% ($\chi^2 = 9,88$; 1 df; $p < (0,01)$) überrepräsentiert waren. Die Interviewstichprobe zeigt im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung bezüglich der Alters- und Geschlechtsverteilung eine recht gute Übereinstimmung, so daß auf ein hohes Maß an Repräsentativität geschlossen werden kann. Zur Durchführung der Follow-up Studie in Palling wurde versucht, noch einmal die 295 Personen, die 1975 interviewt wurden, zu erreichen. Dabei ergaben sich, nachdem Adressen und Daten mit Hilfe der Gemeindeverwaltung auf den aktuellen Stand gebracht wurden, innerhalb dieses Zeitraums von fünf Jahren folgende Veränderungen: 22 Probanden (7,5%) waren in der Zwischenzeit verstorben, 9 Probanden (3,1%) verweigerten das Interview. So standen letztlich noch 265 Probanden, das sind 89,5% des ursprünglichen Stichprobenkollektivs, für die Befragung zur Verfügung, davon waren 115 Probanden Männer (43,2%). Bei der zweiten Querschnittserhebung in Traunstein 1981 konnten 87,8% (570 Probanden) der im ersten Querschnitt befragten Probanden (621) interviewt werden. In Traunstein lag die Verweigerungsrate im Vergleich zu Palling (3,1%) etwas höher: 5,5% (34 Probanden). 8 Probanden (1,3%), die 1975 befragt wurden, waren 1980 nicht aufzufinden, 34 Probanden (5,5%) waren in der Zwischenzeit verstorben. In Traunreut wurden im Jahr 1982/83 in der Follow-up Studie 548 Probanden interviewt (1975: 620 Probanden). Die Verweigerungs- bzw. Ausfallrate lag hier bei 12,2%. 24 Probanden waren seit der ersten Querschnittsuntersuchung verstorben.

		PALLING		TRAUNSTEIN		TRAUNREUT		GESAMT	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1. Querschnitt									
Stichprobengröße	(A)	297	100,0	691	100,0	680	100,0	1668	100,0
befragte Probanden	(B)	295	99,3	621	89,9	620	91,2	1536	92,1
Verweigerer	(C)	2	0,7	70	10,1	60	8,8	132	7,9
2. Querschnitt									
befragte Probanden	(A)	265	89,2	570	82,5	548	80,6	1383	82,9
Verweigerer	(A)	10	3,4	87	12,6	108	15,9	205	12,3
Verstorbene	(A)	22	7,4	34	4,9	24	3,5	80	4,8
befragte Probanden	(C)	1		25		17		43	

Tab. 3: ANZAHL DER INTERVIEWS, VERWEIGERUNGEN UND AUSFÄLLE IN BEIDEN QUERSCHNITTSERHEBUNGEN.

4.3. Untersuchungsinstrument

Das psychiatrische Interview, das zur Durchführung der Erhebung eingesetzt wurde, gliedert sich in drei Hauptabschnitte: in den allgemeinen Teil, der die sozio-demographische Charakterisierung aller Probanden umfaßt, das klinisch-psychiatrische Interview nach GOLDBERG et al. (1970), die Beschwerdenliste nach VON ZERSEN (1976) sowie allgemeine Fragen zur Wohn-, Arbeits- und Freizeitsituation, den alkoholspezifischen Teil, in dem nach Trinkverhalten und subjektivem Befinden gefragt wird und schließlich in den "Beurteilungsteil", wo der Interviewer die somatische und psychiatrische Diagnose (ICD, 8. Revision) stellt und über Gesprächssituation und Zuverlässigkeit der Probandenangaben berichtet. Um beim Folgeprojekt (FICHTER et al.) zu vergleichbaren Ergebnissen zu kommen, wurde im wesentlichen dasselbe Erhebungsinstrumentarium eingesetzt wie es auch in der ersten Studie zur Anwendung kam. Darüberhinaus wurde jedoch der allgemeine Teil zusätzlich durch die PERI-Symptom-Scale nach

DOHRENWEND et al. (1980), die das allgemeine psychische Befinden untersucht, sowie ein von CLARE & CAIRNS (1980) entwickeltes Instrument zur Messung sozialer Anpassung ergänzt. In den alkohol-spezifischen Teil wurde noch der Münchner Alkoholismus-Test (MALT) nach FEUERLEIN et al. (1974) aufgenommen. Zur Verlaufskontrolle somatischer und psychischer Erkrankungen in diesem Fünf-Jahres-Intervall sowie der in dieser Zeit stattgefundenen Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Institutionen wurde ein Schema benutzt, in dem die letzten drei Monate vor dem Interview in Wochen, der übrige Zeitraum in Quartale gegliedert ist. Zur diagnostischen Beurteilung kam sowohl die 8. als auch die 9. Revision der ICD zur Anwendung, um einerseits noch den Bezug zur ersten Feldstudie herzustellen, jedoch andererseits auch die Vergleichbarkeit mit neuen Untersuchungen zu gewährleisten.

Das klinisch-psychiatrische Interview nach GOLDBERG et al.
(1970)

Bei einem standardisierten Interview, das psychische Störungen in der Bevölkerung aufdecken und möglichst zwischen den verschiedenen Schweregraden differenzieren soll, ist eine wichtige Voraussetzung für die Anwendbarkeit eine ausreichende Reliabilität. So wurden die am Projekt beteiligten neun Psychiater in die Reliabilitätsprüfung miteinbezogen. Das Prinzip dieses Reliabilitätstests lag darin, daß auf Videoband aufgezeichnete Interviews von allen neun Beteiligten mittels einer fünfstufigen Rating-Skala

bezüglich der verschiedenen Symptome beurteilt wurden u.zw. vor und nach der Felduntersuchung. Dabei konnte die Übereinstimmung der Interviewer untereinander (Interraterreliabilität) sowie das Ausmaß der Übereinstimmung jedes einzelnen Interviewers vor und nach Durchführung der Feldstudie bestimmt werden (Intraraterreliabilität).

Mit Hilfe des "Agreement Scores" (von CRANACH & COOPER (1972) wurden die jeweiligen Abweichungen bezüglich der Übereinstimmung gemessen und mit Hilfe des Bias Scores die Qualität der Abweichung (zu hohes bzw. zu niedriges Rating) bei jedem einzelnen Interviewer bestimmt. So lag dann der Mittelwert der Interraterreliabilität mit 85% in einem relativ günstigen Bereich, genauso wie die Intrarater-Übereinstimmung (nach 1. und 2. Rating) im Durchschnitt einen Wert von 86% erreichte. Nach dem Bias Score lag die Schwankungsbreite der Interviewer untereinander bei der Symptombewertung zwischen -5% und +9%. Nach dieser eingehenden Prüfung sowie aufgrund vorausgegangener erfolgreicher Anwendung in England und im deutschsprachigen Raum (ZINTL-WIEGAND et al., 1978; DILLING et al., 1978) wurde das klinisch-psychiatrische Interview als Erhebungsinstrument ausgewählt. Auch bei der anschließenden Follow-up Studie (FICHTER et al.) kam dieses Instrument zur Anwendung. Nochmals wurde zur Gewährleistung einer möglichst einheitlichen Interviewer-Bewertung eine Reliabilitätsuntersuchung mit Hilfe der schon in der ersten Feldstudie verwandten, auf Video-Band aufgezeichneten Interviews durchgeführt. Die Interraterreliabilität betrug hier nach dem Agreement-Score zwischen den sechs Interviewern bei geringen Schwankungen durchschnittlich 90% (bei der entsprechen-

den Untersuchung im ersten Projekt lag sie bei 85%). Die Tendenzen der einzelnen Beurteiler, höher oder niedriger zu raten, wurden mit Hilfe des Bias-Scores ermittelt. Hier lag die Schwankungsbreite zwischen 98% (zu niedriges raten) und 114% (zu hohes raten) und war somit etwas höher als im ersten Projekt (Minimum 94%, Maximum 109%).

Das klinisch-psychiatrische Interview gliedert sich in fünf Teile:

- 1) Im freien Gespräch wird eine Anamnese des derzeitigen Krankheitszustandes erhoben
 - 2) Die in den letzten sieben Tagen aufgetretenen Beschwerden werden anhand einer fünfstufigen Ratingskala beurteilt
 - 3) Auffälligkeiten beim Gespräch bezüglich des Verhaltens, der Stimmung, der Wahrnehmung und des Denkens werden wiederum auf einer fünfstufigen Skala geordnet
 - 4) Bei der Auswertung werden die subjektiven Symptome einfach, die bemerkten Auffälligkeiten doppelt bewertet und summiert.
- Es handelt sich im einzelnen um 11 subjektive Symptome und 12 objektive Symptome:

Subjektive Symptome:

körperliche Symptome
Müdigkeit
Schlafstörungen
Hypnotikagebrauch
Reizbarkeit
Konzentrationsmangel
Depression
Angst
Phobien
Zwangssymptome
Depersonalisation

Objektive Symptome:

langsam
abwehrend
demonstrativ
deprimiert
ängstlich
gehoben
affektiv verflacht
Wahn
Halluzinationen
gestörte Intelligenz
Hypochondrie
depressive Gedanken

- 5) Wichtiges zur Familien- und Sozialanamnese wird niederge-

schrieben, jeder Fall in einem Bericht zusammengefaßt und der klinische Schweregrad der abschließenden Haupt- und Nebendiagnose (ICD, 8. Revision) wird folgendermaßen eingestuft:

- Schweregrad: 0 = keine psychiatrische Abnormität
- 1 = leichte Persönlichkeitsabweichungen oder isolierte Symptome, die keine medizinische Intervention verlangen
 - 2 = leichte psychiatrische Störungen, die nur allgemeinärztliche Versorgung verlangen
 - 3 = mäßige psychiatrische Störungen, die eine Überweisung zum Psychiater oder zur Facheinrichtung erfordern
 - 4 = schwere psychiatrische Störungen, die eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder in ein Krankenhaus erfordern.

Die vierstellige ICD-Diagnose wurde in der Auswertung zu größeren diagnostischen Gruppen zusammengefaßt, was sich schon in früheren Untersuchungen (DILLING & WEYERER, 1978) bewährt hat und auch Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien zuläßt.

Die Beschwerdenliste nach VON ZERSSEN:

Bei diesem Selbstbeurteilungstest, der dem Probanden vorgelegt und von ihm selbst ausgefüllt wird, versucht man das Maß der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden zu erfassen. In der ersten Feldstudie wurden die beiden Parallelförmigen der Beschwerdenliste, B-L und B-L', verwendet, die jeweils 24 Items mit den Ausprägungen "stark" (3), "mäßig" (2), "kaum" (1), "gar nicht" (0) umfassen. Hinsichtlich der Paralleltest-Reliabilität der Beschwerdenlisten B-L und B-L' ergab sich eine ähnlich hohe Korrelation (.82) wie in der ursprünglichen Eichstichprobe (.85) von VON ZERSSEN (1976). Eine ausführliche Darstellung bezüglich der Reliabilität und Validität

der Beschwerdenliste findet sich bei DILLING & WEYERER (1984).

Demoralisationsskala aus den PERI-Symptomskalen nach DOHRENWEND et al. (1980):

Als weitere Selbsteinschätzungsskala innerhalb des psychiatrischen Interviews wurde im Rahmen der Follow-up Studie zusätzlich die PERI-Symptoms Scale nach DOHRENWEND et al. (1980) ausgewählt. Die Fragen beziehen sich im weitesten Sinne auf unspezifische Symptome seelischen Unbehagens: Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Minderwertigkeit, Angst und Trauer sowie die damit verbundene Symptomatik werden, abgestuft bezüglich der Häufigkeit ihres Auftretens innerhalb der letzten vier Wochen, an Hand einer vierstufigen Rating-Skala - von "sehr häufig" bis "nie" - in Listenform den Probanden vorgelegt. Die Items stellen eine ausgewählte Kombination aus acht PERI-Skalen dar, die von DOHRENWEND zur Erfassung psychopathologischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung entwickelt wurden und die von J. FRANK (1973) unter dem Begriff "Demoralization" zusammengefaßt wurden. DOHRENWEND erprobte seine Testskalen erstmals bei 200 Probanden aus New York im Alter zwischen 21 und 64 Jahren, die sowohl verschiedene soziale Schichten als auch unterschiedliche kulturelle und ethnische Gruppierungen (Weiße, Farbige, Puertorikaner) repräsentierten. Dabei ergab sich beim Vergleich der einzelnen Skalen untereinander eine meist ausreichende Reliabilität - die Werte lagen größtenteils über dem von CRONBACH (1951) angegebenen Grenzwert von .50. Die von DOHREWEND zur Überprüfung der Validität ausge-

wählten Testskalen - "Need for Approval" (EDWARDS, 1957) und "Acquiescence" (CROWNE, 1960) ergaben durchwegs sehr niedrige Korrelationskoeffizienten, was DOHREND vor allem in der Verschiedenheit der inhaltlichen Zielsetzung dieser Skalen begründet sah. Eine ausführliche Reliabilitätsbestimmung unternahm VERNON (1981), der die PERI-Skalen bei verschiedenen Volksgruppen (Mexikaner, Farbige, Weiße) in Kalifornien anwandte und eine ähnlich hohe Reliabilität beim Vergleich der einzelnen Skalen miteinander feststellte: von wenigen Ausnahmen abgesehen lagen die Werte durchwegs über dem kritischen Wert $\alpha = 0,5$. Zur Validitätskontrolle wurde die "PERI-Demoralization-Scale", die eine Kombination der acht Skalen darstellt, mit der "Depression-Scale" CES-D (RADLOFF, 1977) und der "Bradburn Negativ Affect Scale" (BRADBURN, 1969), die ebenso vor allem ängstlich-depressive Verstimmungen erfassen soll, verglichen. Dabei errechnete sich bei der CES-D Skala ein durchschnittlicher Korrelationskoeffizient von .71 und beim Vergleich mit der "Bradburn-Negativ-Affect-Scale" .60, was der PERI -Symptom-Scale eine insgesamt ausreichende Validität bestätigt.

Social Maladjustment and Dysfunction

Eine weitere Ergänzung erfuhr das Interview in der Follow-up Studie durch die Einführung des standardisierten Befragungsmodells "Social Maladjustment and Dysfunction" nach CLARE & CAIRNS (1978). Hierbei handelt es sich um ein Erhebungsinstrument zur Beurteilung der sozialen Bedingungen, Handlungen und Einstellung

einer Person. Jeder Proband wird hinsichtlich dreier verschiedener Dimensionen eingeschätzt: nach objektiven materiellen Bedingungen (Wohn-, Arbeitsbedingungen, Einkommen, Möglichkeiten zu sozialen Kontakten, Freizeitaktivitäten und häusliche Situation), nach dem Grad der sozialen Anpassung (Zurechtkommen mit Arbeit und Einkommen, Qualität der Interaktion am Arbeitsplatz, Ausmaß der sozialen Kontakte usw.) und nach der Zufriedenheit mit Arbeit, finanzieller Situation, sozialer Rolle usw.. Sowohl der Interviewer als auch der Proband ordnen die Items aus den oben genannten Bereichen einer vierstufigen Skala zu, wobei der Interviewer die wirtschaftlichen Verhältnisse und den Grad der sozialen Anpassung beurteilt, während der Befragte den Grad der Zufriedenheit darüber angibt.

Nach eingehender Erprobung an drei Probandenkollektiven - 221 Patienten aus der "Chronic Neurotic Study" (COOPER et al., 1975), 104 weibliche Probanden der "Premenstrual Study" (CLARE, 1977) sowie 48 zufällig ausgewählte Probanden für die eigens für die Testerprobung entwickelte Reliabilitätsstudie - und den Nachweis ausreichender Reliabilität (bei der Interrater-Reliabilitätsprüfung wich die Beurteilung durch die vier verschiedenen Interviewer nur bei drei von 48 Items signifikant voneinander ab) stellt sich die "Social Maladjustment and Dysfunction Scale" als geeignetes Erhebungsinstrument zur Ermittlung des sozialen Umfeldes und dessen Wirkung auf den Probanden dar.

Alkoholspezifischer Teil:

Den Probanden, bei denen Verdacht auf vermehrten Alkoholgenuß bestand, wurden zusätzliche Fragen gestellt, die unmittelbar mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen. Dieser Fragenkomplex umfaßte vor allem die Häufigkeit und Menge des Konsums, Trinkort und weiteres Trinkverhalten sowie physische und psychische Begleiterscheinungen. In der Follow-up Studie wurden die alkoholspezifischen Fragen – die hier Probanden gestellt wurden, die einen MALT-Summenwert von sechs und mehr Punkten erreichten – erweitert, um das Trinkverhalten eingehender zu charakterisieren; außerdem wurde versucht, eine Einteilung dieser Probanden nach der Typisierung von JELLINEK (1960) vorzunehmen.

Der Münchner Alkoholismus-Test (MALT):

In der zweiten Querschnittserhebung ist die Einführung des Münchner Alkoholismus-Tests (MALT), der eine weitere Möglichkeit einer objektivierbaren Abgrenzung des oft unklaren Übergangs vom sozialen Trinken zum Alkoholmißbrauch bzw. zur -abhängigkeit bieten soll, vor allem mit der Fragestellung verbunden, inwieweit die vorangegangenen Untersuchungsergebnisse (FEUERLEIN, RINGER, KÜFNER, ANTONS (1977), AUERBACH & DILLING (1980)), die meist an Hand von Klinikpopulationen erstellt wurden, sich an dieser repräsentativen Stichprobe einer kleinstädtisch-ländlichen Bevölkerung bestätigen lassen. FEUERLEIN, der diesen Test 1976 ent-

wickelte, versuchte bei der Erstellung folgenden Forderungen gerecht zu werden: es sollten zum einen alle wesentlichen Gesichtspunkte des Alkoholismus abgedeckt werden, die entsprechend der Alkoholismusdefinition der WHO die Abhängigkeit mit ihren körperlichen und seelischen Folgeerkrankungen, die sozialen und wirtschaftlichen Funktionsstörungen, den Kontrollverlust sowie die Unfähigkeit sich des Alkoholkonsums zu enthalten, umfassen, zum anderen, aus der Schwierigkeit der Fallidentifikation heraus, durch die Kombination aus Selbstbeurteilung des Patienten, Fremdbeurteilung durch den Arzt sowie objektiven Untersuchungsbe-
funden (wie z.B. pathologische Leberwerte, neurologische Ausfäll-

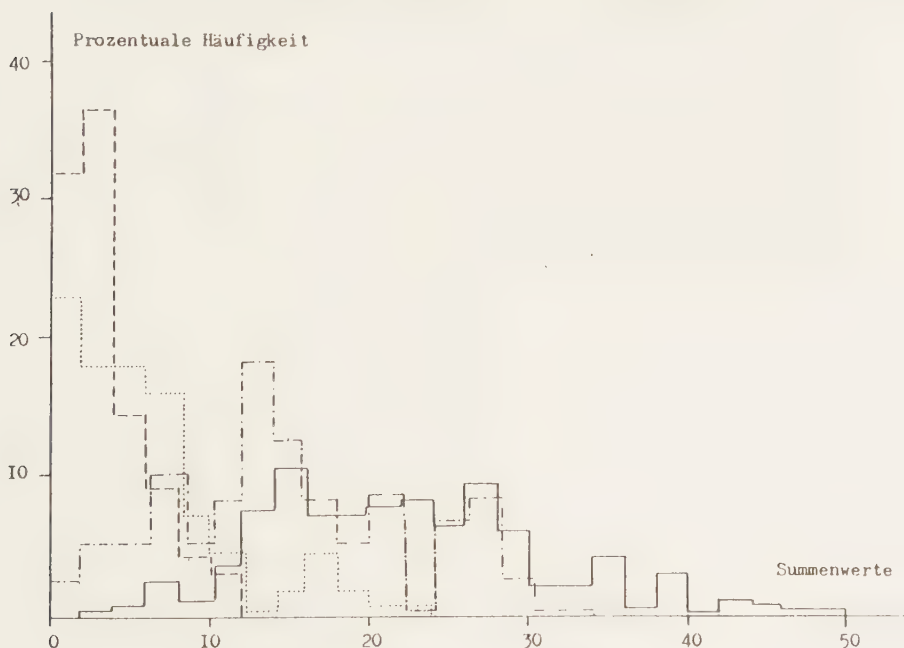


Abb. 2: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG (GEREINIGT) DER GEREINIGTEN SUMMEN-
WERTE FÜR ALKOHOLIKER (—) UND KONTROLLPATIENTEN (----)
(entnommen aus FEUERLEIN et al., 1977)

Eigene Ergebnisse:

(....) DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" SCHWEREGRAD 1 (100% $\hat{n}$ = 43)

(---) DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" SCHWEREGRAD ≥ 2 (100% $\hat{n}$ = 40)

le) - soweit sie im Rahmen einer Feldstudie erhebbar sind - eine Mehrdimensionalität in der Diagnostik erreicht werden, und schließlich sollte der Test in der Praxis ökonomisch anwendbar sein. Insgesamt wurden sieben "Fremdbeurteilungs-Items" ("MALT-F") und 24 "Selbstbeurteilungs-Items" ("MALT-S") entwickelt, wobei aus Gründen der Ausgewogenheit jedes einzelne Item des Fremdbeurteilungsteils vierfach gewertet wird:

MALT (F)

1. Tägliche Alkoholmenge über 150 ml über mindestens zwei Monate
2. Symptome einer Polyneuropathie
3. Symptome eines Delirium tremens
4. Alkoholbedingte Lebererkrankung in den letzten 5 Jahren
5. Maximale Alkoholmenge an einem Tag über 500 ml mindestens einmal im Monat
6. Foetor alcoholicus
7. Familienangehörige suchten Rat wegen Alkoholproblemen des Probanden

MALT (S)

- 1.*In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz
- 3.*Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke
- 6.*Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken
7. Ich denke häufig an Alkohol
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde
- 9.*In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen
- 10.*An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht
- 11.*Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt

14. Ich habe ein Trinksystem versucht
(z.B. nicht vor bestimmten Zeiten
zu trinken)
15. Ich glaube, ich sollte mein
Trinken einschränken
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so
viele Probleme
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke
ich Alkohol um mich zu beruhigen
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört
mein Leben
19. Einmal möchte ich aufhören mit
dem Trinken, dann wieder nicht
20. Andere Leute können nicht
verstehen, warum ich trinke
21. Wenn ich nicht trinken würde,
käme ich mit meinem Partner
besser zurecht
22. Ich habe schon versucht, zeit-
weilig ohne Alkohol zu leben
23. Wenn ich nicht trinken würde,
wäre ich mit mir zufrieden
24. Man hat mich schon wiederholt
auf meine "Alkoholfahne" ange-
sprochen.

(die mit * versehenen Items wurden schon in der ersten Querschnitts-
erhebung angewandt)

DEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISTIKA		PALLING	TRAUNSTEIN	TRAUNREUT	
Fläche ^{a)}	am 1.1.1975 in qkm	32,99	36,04	4,03	
Wohnbevölkerung ^{a)}	13. 9.1950	2 325	16 051	1 381	
	6. 6.1961	1 943	15 504	6 381	
	31.12.1974	1 973	14 418	12 655	
Bevölkerungsbewegung ^{a)} (1974)	Zugezogene (%)	5,7	7,0	9,7	
	Fortgezogene (%)	3,5	9,5	10,5	
Geschlecht ^{b)} (31.12.1972)	männlich (%)	48,8	44,5	48,0	
	weiblich (%)	51,2	55,5	52,0	
Alter ^{b)} (27.5.1970)	0 - 15 (%)	27,3	21,2	24,8	
	15 - 44 (%)	37,2	37,3	46,5	
	45 - 64 (%)	21,8	25,8	19,0	
	65 + (%)	13,7	15,7	9,7	
Erwerbstätigkeit ^{b)} (27.5.1970)	Land- u. Forstwirtschaft (%)	40,5	4,4	0,2	
	Produzierendes Gewerbe (%)	37,9	28,5	79,2	
	Handel & Verkehr (%)	10,2	26,7	8,1	
	Dienstleistung (%)	11,4	40,4	12,5	
Berufliche Stellung ^{b)} (27.4.1970)	Selbständige (%)	21,5	13,0	4,4	
	Mithelfende				
	Familienangehörige (%)	26,0	5,9	2,0	
	Beamte (%)	3,1	16,7	2,8	
	Angestellte (%)	10,0	33,6	28,1	
	Arbeiter (%)	39,5	30,8	62,7	
Personen in Einpersonenhaushalten ^{c)}		(%)	6,4	15,3	9,7
Durchschnittliche Personenzahl pro Haushalt ^{c)}			4,7	3,3	3,3

Quelle: a) Gemeindedaten 1975; b) Gemeindedaten 1973; c) Ergebnisse der Feldstudie

Tabelle 1: DEMOGRAPHISCHE CHARAKTERISIERUNG DER DREI UNTERSUCHUNGSORTE
(nach DILLING & WEYERER, 1980)

Erwachsene (15 Jahre & älter)	PALLING		TRAUNREUT				TRAUNSTEIN		GESAMT	
	abs.	%	Deutsche abs.	%	Ausländer abs.	%	Gesamt abs.	%	abs.	%
Interviews	295	93,9	552	78,3	68	66,7	620	76,8	621	75,5
Verweigerungen	2	0,6	44	6,2	16	15,7	60	7,4	70	8,5
Ausfälle*	17	5,4	109	15,5	18	17,6	127	15,7	132	16,0
Anschreiben	314	99,9	705	100,0	102	100,0	807	99,9	823	100,00
									1944	100,0

* ohne Verweigerungen

Tabelle 2: ANZAHL DER INTERVIEWS, VERWEIGERUNGEN UND AUSFÄLLE IN DREI GEMEINDEN
OBERBAYERNS (nach DILLING & WEYERER, 1980)

Keiner der Kontrollprobanden ("Nichtalkoholiker") erreichte mehr als 11 Punkte, d.h. jeder Patient mit 11 oder mehr Punkten war mit Sicherheit als Alkoholiker diagnostiziert. Von den ca. 10% der "Alkoholgruppe", die im Test nicht als solche erfaßt wurden (mehr als 11 Punkte), waren 8% alkoholismusverdächtig oder -gefährdet (6-10 Punkte) und nur 2% entgingen völlig der Identifikation. So ergab sich insgesamt nach dieser Studie von FEUERLEIN der MALT bezüglich des Kriteriums der "Alkoholdiagnose" ein Korrelationskoeffizient von $r = .85$.

Die Übereinstimmung zwischen der Alkoholikeridentifikation durch den MALT und die klinische Diagnose "Alkoholismus" wurde auch im Rahmen einer Erhebung bezüglich der Alkoholismusprävalenz stationär behandelter Patienten, die AUERBACH & DILLING (1980) in Lübeck durchführten, geprüft und somit Spezifität, Sensitivität und Gesamteffizienz des MALT ermittelt. In der Pilotstudie ergab sich bei einem Cutoff von zehn Punkten bei 95% der Patienten die gleiche Zuordnung zu Alkoholiker und Nichtalkoholiker nach klinischer Diagnose bzw. MALT-Identifikation, nur 32 von 649 Patienten, die vom Stationsarzt als Nichtalkoholiker eingeschätzt wurden, wiesen einen MALT-Score von mehr als zehn Punkten auf (Spezifität 95%) und 10% der klinisch diagnostizierten Alkoholiker erreichten einen Score von weniger als 11% (Sensitivität 90%). Diese Ergebnisse zeigen einen hohen Validitätsgrad des MALT bei Klinikpopulationen.

4.4. Pilotstudie:

Vor der Hauptuntersuchung wurde eine Vorstudie durchgeführt, um mit den Problemen bei der Befragung vertraut zu werden sowie evtl. "Schwachstellen" im Interview noch beseitigen zu können. Zu diesem Zweck wurde die Landgemeinde Unterbrunn bei München ausgewählt, die in ihrer Sozialstruktur dem Untersuchungsort Palling ähnlich ist. Hier wurden 40 zufällig ermittelte Probanden vorinterviewt, wobei sich das Interview in seiner Anwendbarkeit als brauchbar erwies. Vor Beginn der Follow-up Studie fand ebenso eine Durchführbarkeitsstudie statt, - und zwar wieder in Unterbrunn - um vor allem die zusätzlich ergänzten Teile des Interviews vorher praktisch erproben zu können. Dabei bewährte sich bei der Befragung die PERI-Symptom-Scale nach DOHRENWEND et al. (1980) sowie die Fragen nach der sozialen Anpassung (Social Maladjustment and Dysfunction nach CLARE & CAIRNS), während die PERI-Social-Functioning-Scale nach DOHRENWEND et al. (1981) sich nicht auf deutsche Verhältnisse übertragen ließ.

5. ERGEBNISSE

5.1. Erste Querschnittstudie (A 10)

5.1.1. Alkoholismusprävalenz und soziodemographische Merkmale:

Häufigkeit der diagnostizierten Alkoholiker (Haupt- und Nebendiagnose) in der Allgemeinbevölkerung:

Wie schon erwähnt, betrug der Umfang des Stichprobenkollektivs n = 1536. Darunter waren 848 Frauen und 688 Männer im Alter über 15 Jahre. Auf die einzelnen Gemeinden verteilte sich die Stichprobe wie folgt: In Palling wurden 295, in Traunstein 621 und in Traunreut 620 Personen interviewt. Unter diesen 1536 Probanden waren 72, die die Haupt- oder Nebendiagnose "Alkoholismus" erhielten, wobei die Einteilung nach dem Internationalen Klassifikationschema (ICD, 8. Revision) vorgenommen wurde, wonach die Diagnose Alkoholismus (ICD: 303) in episodischen Alkoholmißbrauch (ICD: 303.0), in gewohnheitsmäßigen Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit (ICD: 303.1) sowie in chronischen Alkoholismus mit psychischer Abhängigkeit (ICD: 303.2) diagnostisch unterteilt wird. Der Anteil der Frauen an den Probanden mit Alkoholdiagnose mit knapp 3% (2 Probandinnen) war so gering, daß im folgenden nur die 70 männlichen Alkoholiker im Vergleich zur männlichen Allgemeinbevölkerung (n = 688) näher untersucht wurden. Die Ergebnisse, die sich auf alle Alkoholiker (72) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beziehen, würden ein verzerrtes Bild widerspiegeln, weil der hohe Anteil der weiblichen Probanden am Gesamtkollektiv mit über 55% von den weiblichen Alkoholikern (2,7% des Alkoholikerkollektivs) zu gering repräsentiert wird; dies hat zur Folge,

daß Merkmale der Gesamtbevölkerung (z.B. Beruf, Lebensweise usw.) in einem hohen Maße von dem erheblichen "Frauenanteil" mitbestimmt werden und so Ergebnisse, die im Vergleich mit dem überwiegend männlichen Alkoholikerkollektiv (97,3% männliche Alkoholiker) mit der Gesamtbevölkerung erstellt wurden, den tatsächlichen Verhältnissen kaum entsprechen.

Tabelle 4:

PROZENTUALE HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" (ICD, 8. Revision: 303) BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN, NACH GEMEINDE (A 10):

Diagnose "Alkoholismus"	U n t e r s u c h u n g s o r t			
	PALLING	TRAUNREUT	TRAUNSTEIN	GESAMT
Hauptdiagnose	12,5	4,4	7,8	7,4
Nebendiagnose	5,1	3,0	2,1	2,0
Haupt- od. Nebendiagnose	17,6	7,4	9,9	10,1
Gesamt (n = 100%) (männl. Probanden)	136	271	281	688

Insgesamt wurden bei 10,1% der männlichen Bevölkerung aller drei Gemeinden die Diagnose "Alkoholismus" gestellt. Beim Vergleich zwischen den einzelnen Gemeinden zeigt sich, daß die Häufigkeit vor allem bezüglich der Hauptdiagnosestellung in Traunreut deutlich niedriger ist als in den beiden anderen Gemeinden, während sie in Palling vergleichsweise weit höher liegt als insgesamt in den drei Ortschaften. Dies zeigt sich auch in einem im Vergleich zu den beiden anderen Orten erhöhten Alkoholverbrauch in Palling. Hier trinken 7,8% der Gesamtbevölkerung mehr als 80g Alkohol pro Tag ($\chi^2 = 7,41$; $df = 2$; $p(0,5)$), während dieser Anteil in Traunstein 5,8%, in Traunreut 3,6% ausmacht. Ungefähr entspricht

dies in kleinem Maßstab der Gesetzmäßigkeit, die LEDERMANN (1956) beschrieb.

Tabelle 5:

PROZENTUALE HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER EINZELNEN AUSPRÄGUNGSFORMEN DES ALKOHOLISMUS (unterteilt nach dem vierstelligen ICD-Code, 8. Revision) BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT DER HAUPT- bzw. NEBEN-DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" (A 10).

ICD	U n t e r s u c h u n g s o r t							
	PALLING		TRAUNREUT		TRAUNSTEIN		GESAMT	
	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
303.0								
episodischer AM	-	-	-	-	7,2	2	2,9	2
303.1								
gewöhnheits- mäßiger AM	72,7	16	60,0	12	85,7	24	74,3	52
303.2								
chronischer AM mit psychischer Abhängigkeit	27,2	6	20,0	4	7,1	2	17,1	12
303.9								
andere Formen	-	-	20,0	4	-	-	5,7	4
Gesamt (n = 100%)		22		20		28		70

(AM = Alkoholmißbrauch)

FEUERLEIN & KUNSTMANN (1973) setzten die verschiedenen Alkoholismusformen, die im vierstelligen ICD-Code festgesetzt wurden, in Beziehung zu den Alkoholikertypen, die von JELLINEK (1960) entwickelt wurden. So entspricht in etwa der Typ des d-Alkoholikers ("Gewohnheitstrinker") nach dem ICD-Diagnoseschlüssel der Alkoholismusform 303.1. Der "chronische" Alkoholiker mit physischer Abhängigkeit (entsprechend dem Y-Alkoholiker nach JELLINEK) wird der Nummer 303.2 zugeordnet. Die unter Code-Nummer

303.0 laufende Bezeichnung "episodischer Alkoholmißbrauch" entspricht wiederum dem von JELLINEK später hinzugefügten Typ des E-Alkoholismus; die Code-Nummer 303.9 bezeichnet eine nicht näher bestimmbare Form des Alkoholismus. Untersucht man die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Alkoholismusformen unter den 70 Probanden mit Haupt- oder Nebendiagnose "Alkoholismus" (Tab. 5), so zeigt sich, daß der "gewohnheitsmäßige Alkoholmißbrauch" ohne physische Abhängigkeit (303.1) insgesamt ebenso wie in jeder einzelnen Gemeinde am häufigsten auftritt: Ungefähr 75% der diagnostizierten Alkoholiker wurden dieser Ausprägungsform zugeordnet. Die Häufigkeitsverteilung der übrigen Alkoholismusformen zeigt unter den einzelnen Gemeinden zum Teil erhebliche Schwankungen, wobei hier aber auch die geringe Fallzahl eine Rolle spielt. Trotzdem kann man feststellen, daß in Palling 27,2% (6 Probanden) der 20 männlichen Probanden mit Haupt- oder Nebendiagnose "Alkoholismus" zu den chronischen Alkoholikern mit psychischer Abhängigkeit (303.2) gezählt werden, während es in Traunstein nur 7,1% (2 Probanden) waren. Fälle von episodischem Alkoholmißbrauch (303.0) traten allein in Traunstein auf (2 Probanden = 7,2%); die Diagnose "nicht näher bestimmbare Form des Alkoholismus" (303.9) wurde einzig bei vier Probanden (22,2%) in Traunreut gestellt.

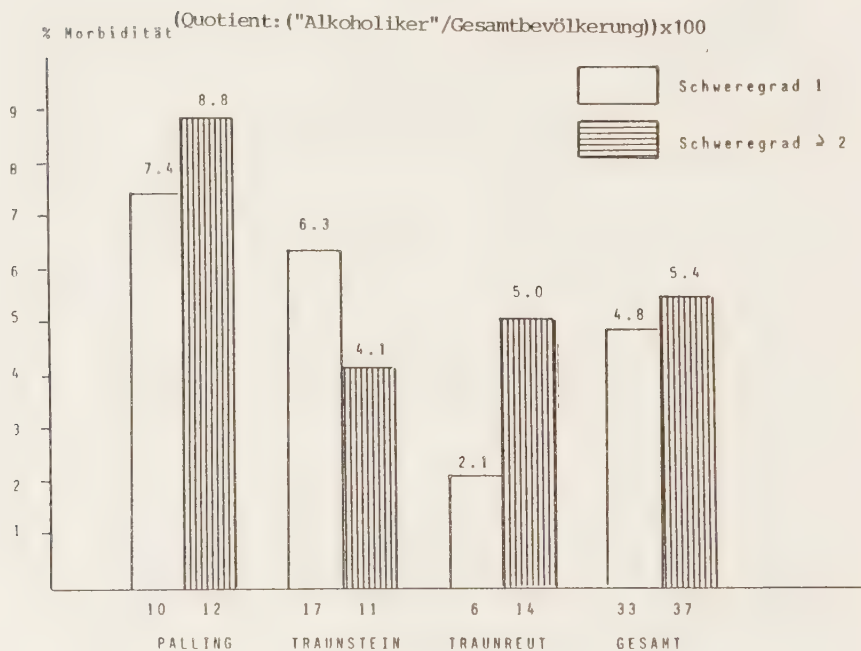
Tabelle 6:

ABSOLUTE HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLISMUS NACH ICD, 8. REVISION, BEI
MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER DREI GEMEINDEN, NACH SCHWEREGRAD (A 10):

I C D	S c h w e r e g r a d				Gesamt
	1	2	3	4	
303.0 episodischer Alkoholmißbrauch	2	-	-	-	2
303.1 gewohnheitsmäßiger AM	27	19	5	1	52
303.2 chronischer AM	1	6	4	1	12
303.9 unklassifizierbarer AM	3	1	-	-	4
303 Alkoholismus (ges.)	33	26	9	2	70

Knapp die Hälfte (47,1%) der diagnostizierten Alkoholiker wurden dem Schweregrad 1 zugeordnet, stellen also leichtere Fälle dar. Auffallend ist hier bei den chronischen Alkoholikern (ICD: 303.2) die Verschiebung zu höheren Schweregraden: von den 12 Probanden sind immerhin 11 mit einem Schweregrad von mindestens 2 und darüber, was den chronischen Alkoholismus als vergleichsweise schwere Alkoholismusform charakterisiert.

Abb. 3: HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLISMUS BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN
NACH SCHWEREGRAD UND GEMEINDE (A 10)

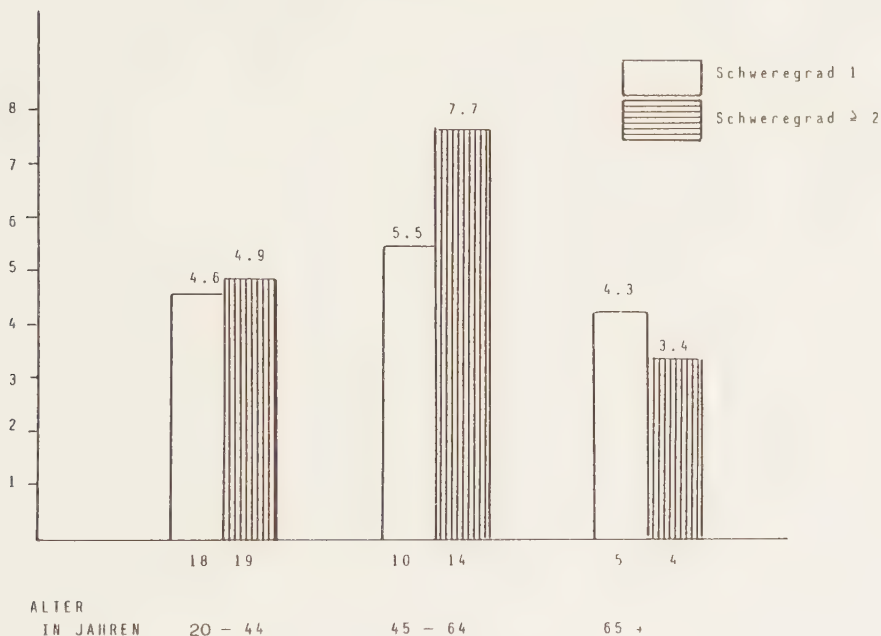


Beim Vergleich zwischen den einzelnen Gemeinden fällt vor allem Traunstein ins Auge, wo relativ häufiger leichtere Fälle von Alkoholismus diagnostiziert wurden.

In Traunreut wurden die Ausländer gesondert untersucht. Unter ihnen fanden sich 5 Alkoholiker, die alle einen Schweregrad von mindestens 2 aufwiesen.

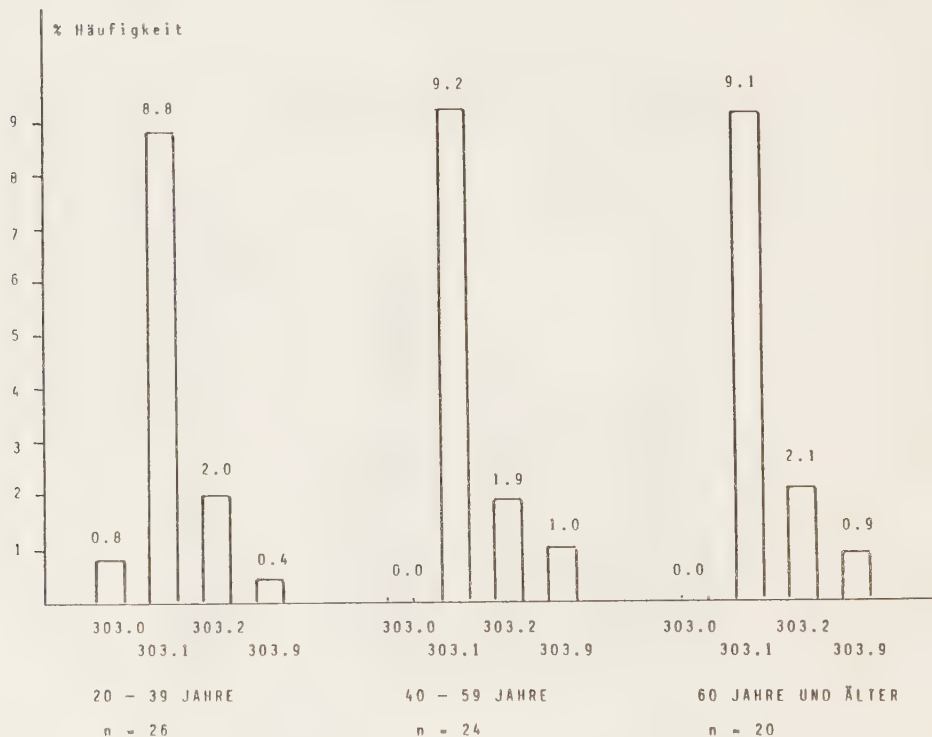
Abb. 4: RELATIVE HÄUFIGKEIT DER ALKOHOLISMUSDIAGNOSE (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) IN ALLEN DREI GEMEINDEN NACH ALTER UND SCHWEREGRAD (A 10).
(die prozentuale Häufigkeit bezieht sich auf die männliche Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersklasse)

% Morbidität (Quotient: ("Alkoholiker"/Gesamtbevölkerung))x100



Hier treten keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung hervor.

Abb. 5: HÄUFIGKEIT DER EINZELNEN ALKOHOLISMUSFORMEN (ICD, 8. REVISION BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN NACH ALTER (A 10).



Die Verteilung der verschiedenen Alkoholismusformen in den verschiedenen Altersgruppen ist annähernd gleich; Mit Abstand ist bei allen Gruppen die Ausprägungsform des gewohnheitsmäßigen Alkoholmißbrauchs (ICD: 303.1) am stärksten vertreten (ca. 9%). Bedeutend schwächer ausgeprägt sind bei ebenso allen Altersklassen der chronische Alkoholismus (ICD: 303.2 - ca. 2%) sowie die übrigen Formen.

Tabelle 7:

HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLISMUS (ICD: 303) BEI DEN MÄNNERN ALLER DREI GEMEINDEN NACH SCHWEREGRAD UND FAMILIENSTAND:

FAMILIENSTAND	ALKOHOLISMUS *	
ledig	9,8%	(16/163)
verheiratet	10,1%	(48/474)
getrennt	33,3%	(1/ 3)
geschieden	13,0%	(3/ 23)
verwitwet	25,0%	(2/ 8)

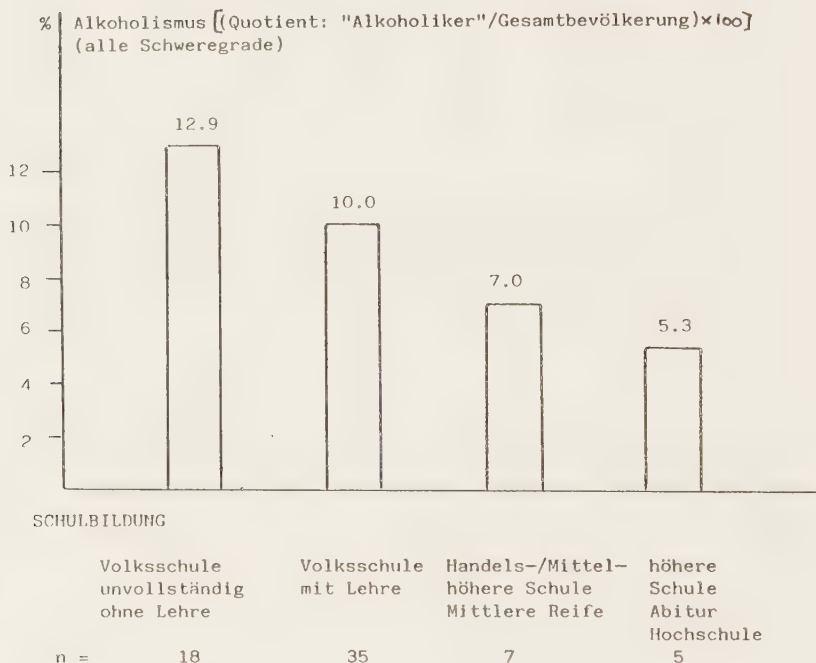
Bei der Analyse bezüglich der Alkoholismushäufigkeit nach Familienstand zeigt sich eindeutig eine höhere Rate bei allen männlichen Probanden, die nicht verheiratet sind.

Häufigkeit der Alkoholismusdiagnose (Haupt- und Nebendiagnose)
(ICD: 303) bei der männlichen Bevölkerung aller drei Gemeinden
bezüglich des sozioökonomischen Status:

Will man die Beziehung zwischen Alkoholismushäufigkeit und sozioökonomischem Status näher betrachten, so bieten sich die unabhängigen Merkmale "Schulbildung", "berufliche Stellung" mit dem jeweiligen beruflichen Werdegang und die "soziale Schichtung" als Parameter zur Untersuchung an.

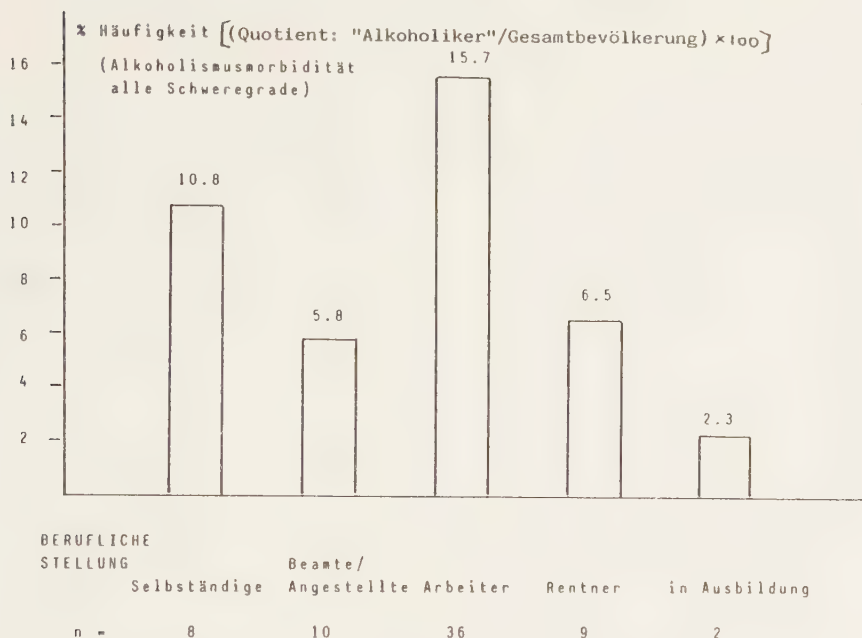
* (Quotient: ("Alkoholiker"/Gesamtbevölkerung) x 100

Abb. 6: ALKOHOLISMUS BEI DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG NACH SCHULBILDUNG ("Morbiditätsraten" in den einzelnen Bildungsklassen)



Insgesamt ergibt sich hier das Bild einer sinkenden relativen Diagnosehäufigkeit, je entwickelter bzw. differenzierter die Schulbildung der verschiedenen Probanden ausfiel; die Diagnose "Alkoholismus" wurde bei der Probandengruppe am relativ häufigsten gestellt (12,9%) die die Volksschule unvollständig bzw. ohne Lehre beendeten, während die Absolventen einer höheren Schule bzw. einer Hochschule mit 5,3% die niedrigste Alkoholismusrate aufweisen; die Unterschiede sind jedoch bei der geringen Fallzahl statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 2,89$; $p > 0,05$; $df=1$).

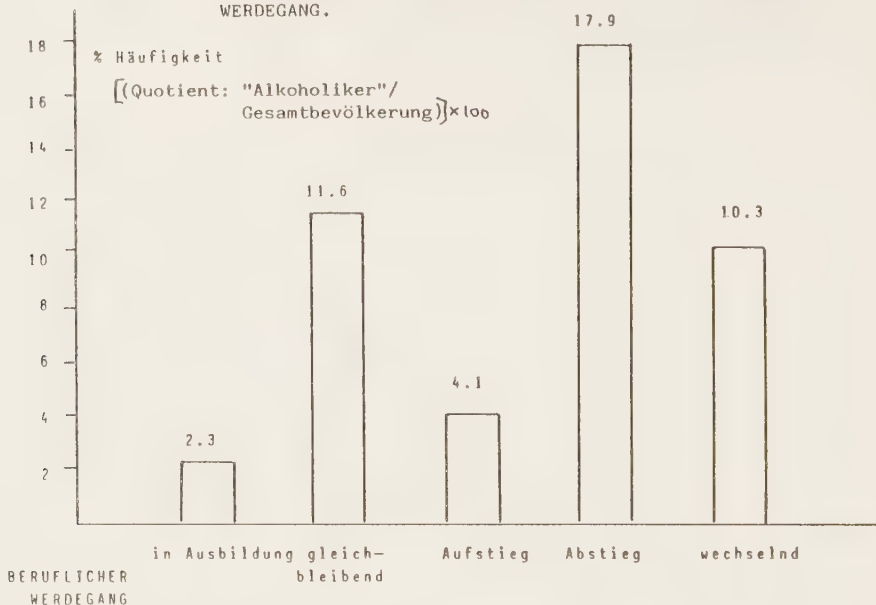
Abb. 7: ALKOHOLISMUS BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN NACH BERUFLICHER STELLUNG



n = absolute Alkoholikerzahl

Analysiert man den Anteil der diagnostizierten Alkoholiker an den männlichen Probanden eines bestimmten beruflichen Status, so sticht die signifikant ($\chi^2 = 15,78$; $p < 0,001$; $df=1$) hohe Alkoholikerrate bei den Arbeitern mit 15,7% im Vergleich zu den übrigen Gruppen (29 Probanden $\hat{=}$ 6,3%) besonders hervor. Mit deutlichem Abstand folgen die Selbständigen mit 10,8%, die Rentner mit 6,5% und die Beamten bzw. Angestellten mit einem Alkoholikeranteil von 5,8%. Die geringste Rate weist die Gruppe der Probanden auf, die sich noch in Ausbildung befinden (2,3%).

Abb. 8: ALKOHOLISMUS BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN NACH BERUFLICHEM WERDEGANG.

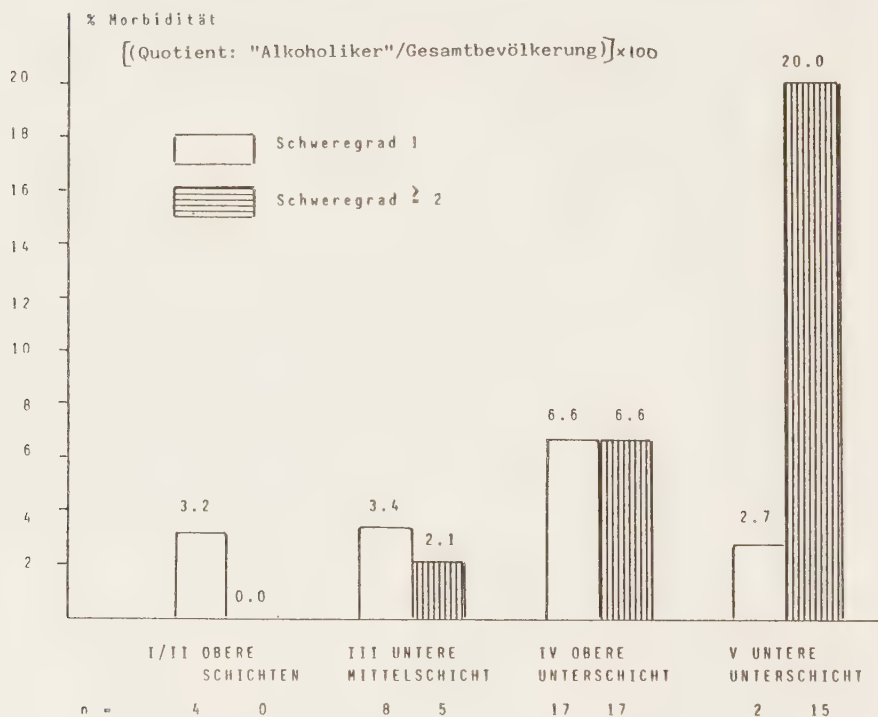


Der berufliche Werdegang der männlichen Gesamtbevölkerung aller drei Gemeinden verteilt sich wie folgt: Von den 688 männlichen Probanden sind 88 noch in Ausbildung begriffen (12,8%), 14,1% sind sogenannte "Aufsteiger", 40% befinden sich im beruflichen Abstieg und bei 78 Probanden (11,3%) wechselt Auf- und Abstieg im Beruf. Der mit Abstand größte Teil hat einen beruflich gleichbleibenden Status (397 Probanden $\approx 57,7\%$). Unter diesen vier Gruppen ist der Anteil der Alkoholiker besonders stark bei den beruflichen "Absteigern" vertreten (17,9%), während die Gruppe "in Ausbildung" (2,3%) und die beruflichen Aufsteiger (4,1%) die geringste Alkoholikerrate aufweisen. Die hohe Alkoholikerrate unter den beruflichen Absteigern liegt jedoch nicht im geforderten Signifikanzbereich ($\chi^2 = 2,41$; $p > 0,05$; df

=1).

Die Einteilung der sozialen Schichtung wurde vorgenommen nach dem Modell von MOORE & KLEINING (1960) . Bei dieser Zuordnung wird ausschließlich der Beruf als Hauptkriterium für den sozialen Status herangezogen. Die Häufigkeit der Diagnosestellung (Morbiditätsrate) " Alkoholismus" (Haupt- und Nebendiagnose) verteilt sich innerhalb der einzelnen Schichten wie folgt:

Abb. 9: ALKOHOLISMUSRATE BEI MÄNNLICHEN PROBANDEN NACH SOZIALER SCHICHT.



Mit zunehmend niedrigerer sozialer Schicht steigt der Anteil der Alkoholkranken besonders mit höherem Schweregrad. Diese Verteilung weist eine hohe Signifikanz auf: $\chi^2 = 55,3$; $p < 0,001$; $df = 6$.

Tabelle 8

HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLISMUS BEI DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG
NACH SOZIALER SCHICHTUNG UND GEMEINDE.

[Quotient: "Alkoholiker"/Gesamtbevölkerung] $\times 100$

Soziale Schicht	U n t e r s u c h u n g s o r t							
	PALLING		TRAUNSTEIN		TRAUNREUT		GESAMT	
	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
I								
obere Schichten	-	-	9,1	2/22	0	0/4	7,7	2/26
II								
mittl. Mittelsch.	8,3	1/12	2,1	1/47	0	0/39	2,0	2/98
III								
untere Mittelsch.	8,1	3/37	6,8	8/117	2,5	2/79	5,6	13/233
IV								
obere Untersch.	11,3	7/62	16,3	14/86	9,2	10/108	12,1	31/256
V								
untere Untersch.	36,0	9/25	22,2	2/9	14,6	6/41	22,7	17/75
Gesamt	14,7	20/136	9,6	27/281	6,6	18/271	9,4	65/688

Bei der Analyse der Verteilung der Alkoholismushäufigkeit nach sozialer Schicht in der jeweiligen Gemeinde ist besonders in Palling eine deutliche Verschiebung zur unteren Unterschicht ersichtlich (36,0%); weiterhin fällt auf, daß in Traunreut überhaupt keine Alkoholiker in den oberen Schichten sowie in der mittleren Mittelschicht auftreten und erst in den Unterschichten in zunehmendem Maße repräsentiert sind.

Abb. 10: HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLOGISMUS BEI DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG NACH SOZIALER SCHICHTUNG UND GEMEINDE:

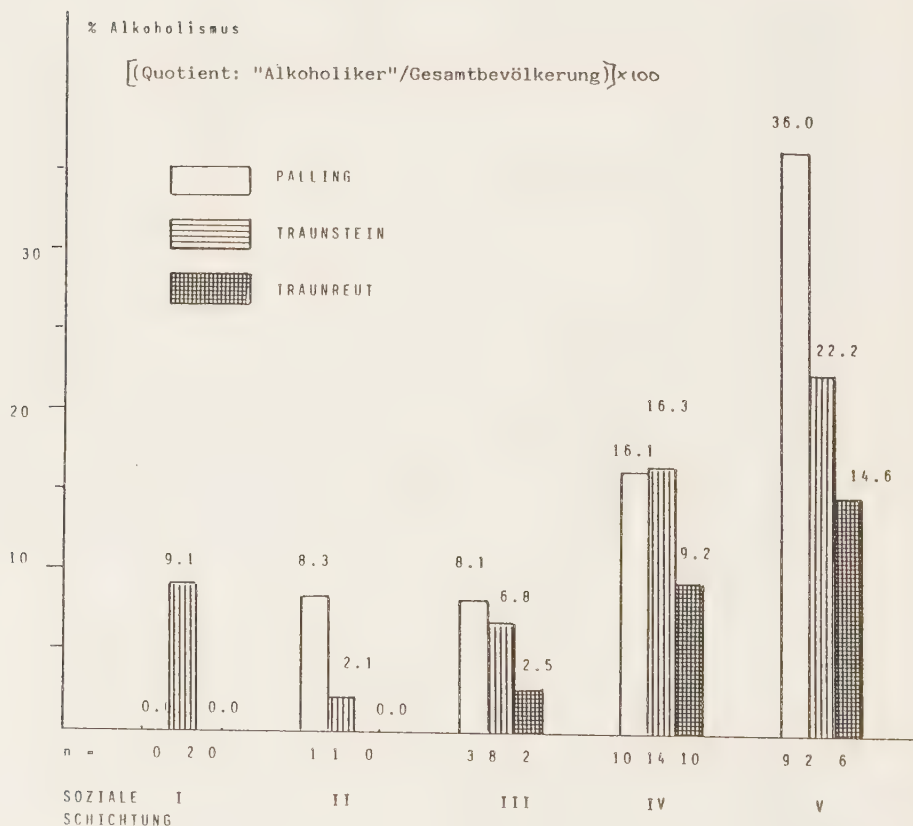
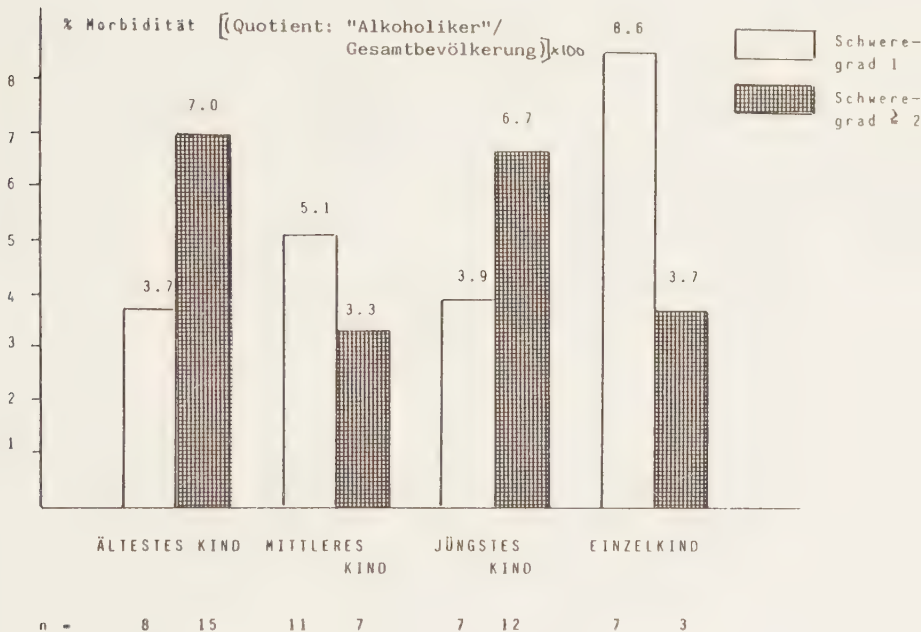


Abb. 11: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER MÄNNLICHEN ALKOHLIKER (ICD: 303) NACH STELLUNG IN DER GESCHWISTERREIHE UND SCHWEREGRAD, BEZOGEN AUF DIE MÄNNLICHE GESAMTBEVÖLKERUNG:



Die Verteilung der Alkoholiker nach Geschwisterreihe zeigt keine signifikanten Unterschiede zur Gesamtverteilung $\chi^2 = 6$; $p > 0.05$; $df = 6$). Auch ERNST & ANGST (1983) gingen dieser Fragestellung nach, konnten aber ebenso - nachdem sie 14 verschiedene Untersuchungen auf diesem Gebiet näher geprüft hatten - keinen Zusammenhang zwischen Stellung in der Geschwisterreihe und Alkoholismusprävalenz nachweisen.

5.1.2. Alkoholismus und soziale Integration:

Zur Erfassung der Gesamtpersönlichkeit des Alkoholikers und seiner physischen wie psychischen Befindlichkeit wurden den Probanden Fragen gestellt, die sich auf ihre Kindheit und Jugend beziehen, auf die jetzige familiäre Situation eingehen sowie das allgemeine soziale Verhalten untersuchen. Um eventuelle psychische Störungen aufzudecken, wurde vor allem das Goldberg-Interview (s.o.) eingesetzt, und zur Einschätzung der physischen Gesundheit verwandte man u.a. die Beschwerdenliste sowie die vom Arzt diagnostizierten somatischen Erkrankungen.

Abb. 12:

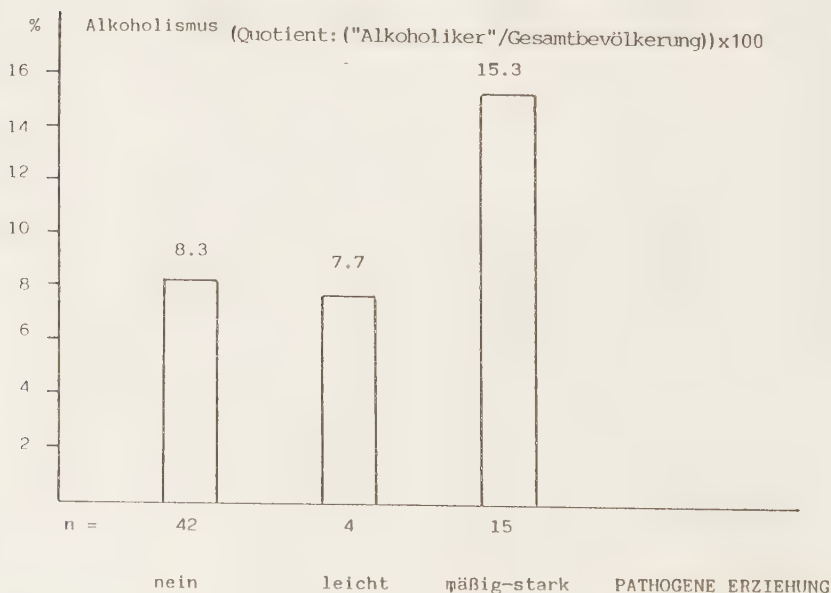


Tabelle 8:

PATHOGENE ERZIEHUNGSEINFLÜSSE BEI DEN MÄNNLICHEN ALKOHOLIKERN (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG.

Pathogene Erziehung	% Alkoholismus [*]
nein	8,3 (42/505)
leicht	7,7 (4/ 52)
mäßig	16,1 (10/ 62)
stark	13,9 (5/ 36)
unbekannt	24,2 (8/ 33)
Gesamt	10,0 (69/688)

(Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Alkoholikeranteil in den jeweiligen Ausprägungsformen - Morbiditätsraten)

Bezüglich der Pathogenese der Alkoholabhängigkeit wird in der Literatur häufig auf Erziehungs- und Umwelteinflüsse in früher Kindheit hingewiesen, besonders im Zusammenhang mit psychoanalytischen Modelltheorien zur Alkoholismusgenese (DEMEL, 1979). Hier soll untersucht werden, ob die diagnostizierten Alkoholiker in ihrer Kindheit und Jugend in abweichendem Maße im Vergleich zur Gesamtbevölkerung pathogenen Erziehungseinflüssen ausgesetzt waren.

Die Rate der Alkoholiker an der Gesamtpopulation aller drei Gemeinden liegt bei den Probanden vergleichsweise signifikant höher, die in ihrer Jugend in "mäßigem" bis "starkem" Ausprä-

*

(Quotient: ("Alkoholiker"/Gesamtbevölkerung))x100

gungsgrad pathogenen Erziehungseinflüssen ausgesetzt waren (15 Probanden = 15,3%) als bei den übrigen Probanden ("nein" bis "leicht"): 46 Probanden = 8,2%; - Signifikanz mit $\chi^2 = 4,9$; bei $p < 0,05$; $df = 1$). Diese Beurteilung wurde vom jeweiligen Interviewer festgelegt, der sich vor allem aus der Anamnese über Gesamtsituation sowie äußere Einflüsse in Kindheit und Jugend ein Bild verschaffte. Bei acht Probanden mit der Diagnose "Alkoholismus" war dies nicht möglich.

Weiterhin werden in der Literatur häufige familiäre Schwierigkeiten des Alkoholikers als pathognomonisch dargestellt. So charakterisiert FEUERLEIN (1979) das Verhalten des Alkoholkranken zu seiner Familie zu Beginn der Erkrankung als zunächst "ambivalent", jedoch mit weiterem Fortschreiten der Krankheit vollzieht sich eine "emotionale Abwendung mit zunehmender Desintegration von der Primärgruppe", so daß der Alkoholiker schließlich seine Funktion in der Familie nicht mehr wahrnehmen kann. Inwieweit diese Störungen bei unseren "Alkoholprobanden" vorliegen, soll hier untersucht werden.

Tabelle 9:

GRAD DER GESTÖRTEN INTEGRATION IN DIE EIGENE FAMILIE BEI DEN ALKOHOLIKERN (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN:

Gestörte Integration	ALKOHOLISMUS				
	Schweregrad 1		Schweregrad 2		Gesamt
nein	4,7%	31	5,0%	33	656
ja	10,5%	2	15,8%	3	19
unbekannt	-	0	7,7%	1	13
Gesamt		33		37	70

Bei Betrachtung der Tabelle erkennt man die abweichende Verteilung der Alkoholiker von der der Gesamtbevölkerung, die im Signifikanzbereich liegt: ($\chi^2 = 22,7$; $p < 0,01$; $df = 4$).

Tabelle 10: FAMILIÄRE SORGEN

FAMILIÄRE SORGEN	ALKOHOLISMUS	
keine	8,6%	52/606
bezüglich Ehepartner	23,8%	5/ 21
bezüglich Eltern	20,0%	4/ 20
bez. andere Verwandte	10,0%	1/ 10
bezüglich Kinder	9,1%	2/ 22
bez. Ehepartner + Kinder	100,0%	1/ 1
Gesamt	9,6%	65/680

Hier sollen familiäre Konflikte und Sorgen weiter differenziert werden, und zwar auf welche Familienmitglieder sie sich vor allem beziehen. Dabei wird bei den verschiedenen Gruppen der prozentuale Alkoholikeranteil (Probanden mit Alkoholdiagnose, ICD: 303) an der Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden angegeben. Die Alkoholikerrate ist bei den Probanden, die Schwierigkeiten mit dem jeweiligen Ehepartner (23,8%) sowie mit den Eltern

(20,0%) aufweisen, am größten. Relativ gering ausgeprägt ist bei den Alkoholikern die Sorge um die Kinder (9,1%), im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, wo hier die Kinder am häufigsten angegeben werden (22 Probanden = 3,2% der männlichen Gesamtbevölkerung = 680 Probanden). Insgesamt ist der Alkoholikeranteil bei der Probandengruppe signifikant niedriger, die keine familiären Sorgen anführt (52 Probanden = 8,6%), im Vergleich zu den übrigen Gruppen ($\chi^2 = 5,05$; $p < 0,05$; $df = 1$), während bei der Probandengruppe, die als Hauptsorge den Ehepartner angibt, die Alkoholikerrate bei der Gegenüberstellung mit den Restgruppen in einem signifikant hohen Bereich liegt ($\chi^2 = 5,1$; $p < 0,05$; $df = 1$).

Tabelle 11:

BELASTUNG DER FAMILIE DURCH DEN PROBANDEN – VERGLEICH ALKOHOLIKER (ICD: 303) MIT DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Familiäre Belastung	ALKOHOLISMUS				Gesamt
	Schweregrad 1		Schweregrad 2		
nein	4,9%	30	3,1%	19	615
ja	4,7%	3	25,0%	16	64
unbekannt	–	0	22,2%	2	9
Gesamt		33		37	688

Die Probanden mit Alkoholdiagnose, besonders mit Schweregrad 2, stellen für die Familie in signifikant stärkerem Maße eine Belastung dar, als es bei allen männlichen Probanden der Fall ist ($\chi^2 = 136$; $p < 0,001$; $df = 4$).

Tabelle 12:

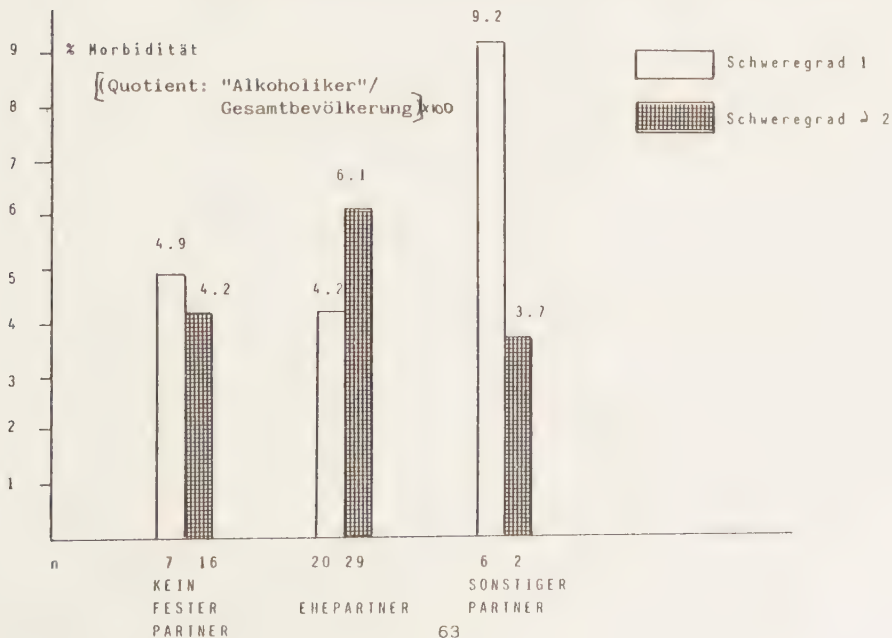
BELASTUNG DES PROBANDEN DURCH DIE FAMILIE - VERGLEICH DER ALKOHOLIKER (ICD: 303) MIT DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Belastung des Probanden	ALKOHOLISMUS				Gesamt
	Schweregrad 1		Schweregrad ≥ 2		
nein	4,9%	32	4,7%	31	656
ja	5,3%	1	31,6%	6	19
unbekannt	-	0	-	0	13
Gesamt		33		37	688

Umgekehrt werden aber auch die Alkoholiker von ihrer Familie signifikant stärker belastet als insgesamt alle männlichen Probanden ($\chi^2 = 15$; $p < 0,001$; $df = 4$).

Abb. 13: PARTNERBEZIEHUNG

ZUSAMMENLEBEN MIT EINEM FESTEN PARTNER - VERGLEICH ALKOHOLIKER (ICD, 8. Revision: 303) MIT DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.



Die Verteilung der Alkoholprobanden hinsichtlich dieser Fragestellung gleicht in etwa der Verteilung, wie sie in der männlichen Gesamtbevölkerung zu finden ist.

Abb. 14: SEXUALITÄT

VERTEILUNG DER ALKOHOLIKER (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE ICD: 303) UNTER DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN BEZÜGLICH DER ANGABEN "GESTÖRTE SEXUALITÄT" (nach Ausprägungsgrad)

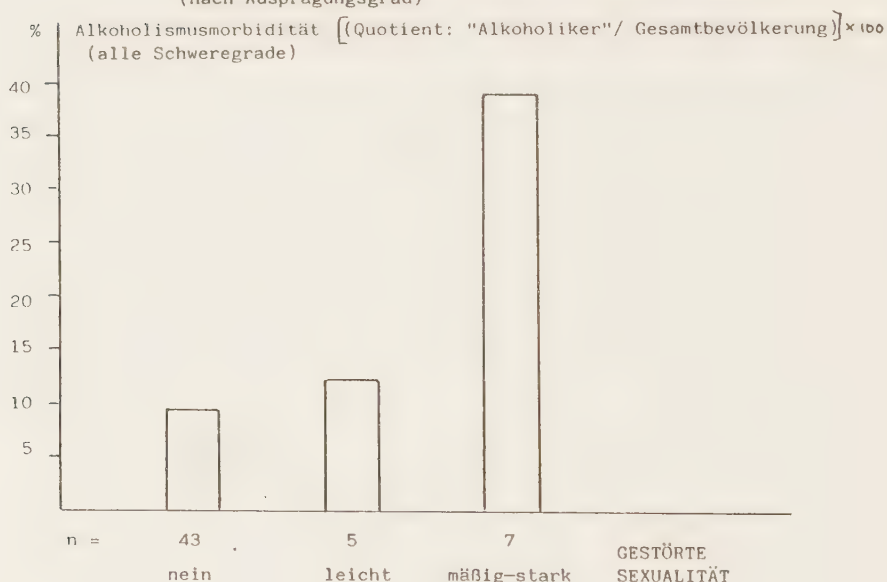


Tabelle 13:

GESTÖRTE SEXUALITÄT	% ALKOHOLISMUS
nein	8,2 (43/525)
leicht	12,2 (5/ 41)
mäßig	35,3 (6/ 17)
stark	100,0 (1/ 1)
unbekannt	14,3 (1/ 7)
Gesamt	9,5 (56/591)

Auffallend hoch wird der Alkoholikeranteil mit gestörtem sexuel-
len Verhalten. Der hohe Alkoholikeranteil in den Gruppen "leicht"

bis "stark" gestört im Vergleich zur Probandengruppe "ohne gestörte Sexualität" (43 Probanden = 8,2%) liegt im Signifikanzbereich ($\chi^2 = 8,3$; $p < 0,01$; $df = 1$). So zeigt dieses Ergebnis ein ähnliches Bild wie es KÖSTER et al. (1978) in einer differenzierteren Untersuchung auf diesem Gebiet ermittelte. Auch hier kam es bei den Alkoholikern zu einer Verhaltensänderung im sexuellen Bereich. Intensität sexueller Kontakte sowie sexuelle Harmonie und Befriedigung nahmen mit fortschreitendem Krankheitsausmaß ab, was nach KÖSTER et al. vor allem "auf die Ablehnung durch den Partner" zurückzuführen sei.

Kontaktverhalten

Untersuchungen, die u.a. das soziale Verhalten des Alkoholikers betreffen, wurden von verschiedenen Seiten durchgeführt (FREED, 1968; CLAYTON, DE PALMA, 1958; MANSON, 1948), wobei in allen Arbeiten die Tendenz beim Alkoholiker deutlich wird, sich von seiner sozialen Umgebung abzusondern und sich insgesamt eher durch Ungeselligkeit bzw. mangelnde zwischenmenschliche Beziehungen auszuzeichnen.

Tabelle 14:

WUNSCH NACH MEHR KONTAKTEN - ALKOHOLIKER (HAUPT- UND NEBEN-DIAGNOSE ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Wunsch nach mehr Kontakten	ALKOHOLISMUS				Gesamt
	Schweregrad 1		Schweregrad 2		
nein	5,4 %	29	5,6 %	30	537
ja, manchmal	1,3 %	1	1,3 %	1	79
ja, immer	4,5 %	3	9,0 %	6	67
Gesamt		33		37	683

Bezüglich des Wunsches nach mehr zwischenmenschlichen Beziehungen stellen sich Häufigkeitsverteilungen von Probanden mit Alkohol-diagnose und Gesamtbevölkerung heraus, aus denen man bei keiner der beiden Gruppen auf ein signifikant stärkeres Interesse nach Ausweitung ihrer sozialen Kontakte schließen kann.

Tabelle 15:

GRAD DER GESTÖRTEN SOZIALEN INTEGRATION - ANTEIL DER DIAGNOSTI-ZIERTEN ALKOHOLIKER AN DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN

Gestörte soziale Integration	ALKOHOLISMUS				Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad 2			
nein	5,0%	32	4,0%	26	643
ja	2,7%	1	16,2%	6	37
unbekannt	–	0	62,5%	5	8
Gesamt		33		37	688

Analysiert man das Ergebnis, so zeigt sich eine Häufung der Alkoholkranken bei den Gruppen, die eine mäßige bis starke soziale Desintegration erkennen ließen. Bei acht Probanden konnte der Interviewer den Grad der gestörten Integration nicht feststellen. Von diesen acht wiesen immerhin fünf Probanden eine Alkoholdiagnose auf. Die Häufung der sozialen Desintegration bei den Alkoholikern liegt im Signifikanzbereich ($\chi^2 = 86,9$; $p < 0,001$; $df = 4$).

Tabelle 16:

ZUFRIEDENHEIT MIT DER FREIZEIT - ALKOHOLIKER (HAUPT- UND NEBEN-DIAGNOSE, ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

Zufriedenheit mit Freizeit	ALKOHOLISMUS				Gesamt
	Schweregrad 1		Schweregrad ≥ 2		
nein	-	0	-	0	17
es geht	5,2%	6	7,0%	8	115
ja	4,9%	27	5,3%	29	551
Gesamt		33		37	683

Der Wunsch nach mehr Freizeit bzw. die Zufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden freien Zeit ist bei der männlichen Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden in gleichem Maße ausgeprägt. Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung ($\chi^2 = 2,9$; $p > 0,05$; $df = 4$).

Tabelle 17:

GESELLSCHAFT, MIT DER DER PROBAND DEN ABEND VERBRINGT - ALKOHOLIKER (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG.

Gesellschaft	ALKOHOLISMUS (alle Schweregrade)	
allein	20,6%	7/ 34
Familie / Ehepartner	7,7%	33/430
fester Partner	11,1%	3/ 27
guter Bekannter	15,9%	13/ 82
Familie und guter Bekannter	7,3%	6/ 82
Familie und fester Partner	20,0%	2/ 10
fester Partner/guter Bek.	6,7%	1/ 15
Gesamt	10,0	68/680

Die geringe Fallzahl erschwert es hier, bei einer feineren Differenzierung nach dem Personenkreis, mit dem die Probanden ge-

wöhnlich ihre Abende verbringen, zutreffende Schlüsse auf das Verhalten der Alkoholiker zu ziehen. Immerhin sei hier der relativ hohe Alkoholikeranteil an der Probandengruppe zu erwähnen, die ihre Abende alleine verbringen (7 Probanden = 20,6%) (s. Tabelle 16), der bei der Gegenüberstellung mit den Restgruppen (61 Probanden = 8,9%) im Signifikanzbereich liegt ($\chi^2 = 5,1$; $p < 0,05$; $df = 1$).

Tabelle 18:

BETEILIGUNG AM VEREINSLEBEN – ALKOHOLIKER (ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Teilnahme am Vereinsleben	ALKOHOLISMUS		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad 2	
ja	6,6 (18)	4,0 (11)	272
nein	2,9 (3)	4,9 (5)	102
Gesamt	21	16	374

Einen Indikator für das soziale Kontaktverhalten und die gesellschaftliche Integration stellt auch u.a. eine Angehörigkeit zu einem Verein dar, wobei sich die Alkoholiker hinsichtlich dieser Fragestellung in der Verteilung nicht signifikant von der Gesamtbevölkerung abheben ($\chi^2 = 2,0$; $p > 0,05$; $df = 2$).

5.1.3. Alkoholismus und wirtschaftliche Situation

Tabelle 19: FINANZIELLE SORGEN -

ALKOHOLIKER (DIAGNOSESTELLUNG NACH ICD: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Finanzielle Sorgen	Prozentualer Alkoholismus (alle Schweregrade)	Gesamt
nein	9,0 (56)	619
ja	20,3 (14)	69
Gesamt		688

Bei den Probanden, die angeben, sich bezüglich ihrer finanziellen Situation Sorgen zu machen, ist die Rate der Alkoholkranken mehr als doppelt so hoch (20,3%) wie bei dem Bevölkerungsanteil, der dies verneint (9,0%) ($\chi^2 = 8,6$; $p < 0,01$; $df = 1$).

Tabelle 20: FINANZIELLE SITUATION

ALKOHOLIKER (ICD, 8. REVISION: 303) IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN:

"Armut"	Prozentualer Alkoholismus		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad ≥ 2	
nein	5,0 (33)	4,3 (28)	654
ja	- (0)	26,5 (9)	34
Gesamt	33	37	688

Der Indikator "Armut", vom Interviewer nach seiner Einschätzung festgelegt, tritt bei den Probanden mit Alkoholdiagnose signifikant häufiger auf, als er bei allen anderen männlichen Probanden gefunden wurde ($\chi^2 = 55,5$; $p < 0,001$; $df = 2$).

Tabelle 21: SCHLECHTE WOHNVERHÄLTNISSE

VERGLEICH DER PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Schlechte Wohnverhältnisse	Prozentualer Alkoholismus		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad 2	
nein	4,9 (33)	4,5 (30)	666
ja	- (0)	31,8 (7)	22
Gesamt	33	37	688

Tabelle 22: ZUFRIEDENHEIT MIT DER WOHNUNG

ALKOHOLIKER IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

Zufriedenheit mit Wohnung	Prozentualer Alkoholismus		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad 2	
sehr	4,2 (22)	5,1 (27)	528
es geht	6,7 (8)	5,0 (6)	120
nicht	8,1 (3)	10,8 (4)	37
Gesamt	33	37	685

Ähnlich wie in Tabelle 21 liegt auch verständlicherweise bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Wohnung die Rate der Alkoholiker signifikant höher als bei der männlichen Gesamtbevölkerung ($\chi^2 = 6,0$; $p < 0,05$; $df = 4$), die mit ihren Wohnverhältnissen unzufrieden sind.

5.1.4. Alkoholismus und physisches Befinden

Hier soll das körperliche Befinden der Alkoholkranken dargestellt werden. Zum einen werden die objektiven Befunde bzw. Diagnosen durch den Arzt, zum anderen die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes durch den Probanden wiedergegeben.

Tabelle 23: HÄUFIGKEIT SOMATISCHER DIAGNOSEN DER MÄNNLICHEN ALKOHOLIKER (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) ALLER DREI GEMEINDEN (1. Querschnitt)

Somatische Diagnosen	Hauptdiagnose n	Nebendiagnose n	Gesamt n
<u>Herz- Kreislauferkrankung</u>			
Cardiomyopathie	4	3	7
Gefäßerkrankung	1	-	1
Hypertonie	-	3	3
<u>Erkrankung der Verdauungsorgane</u>			
Hepatopathie	10	4	14
Magenbeschwerden	1	-	1
<u>Stoffwechselerkrankung</u>			
Gicht	3	-	3
Fettstoffwechselstörung	1	2	3
<u>Neurologische Erkrankungen</u>	8	3	11
<u>Erkr. d. Urogenitaltraktes</u>	1	3	4
<u>Erkr. d. Bewegungsapparates</u>	7	-	7
<u>Dermatologische Erkrankg.</u>	1	1	2
<u>Geschwulsterkrankungen</u>	1	-	1
<u>Erkr. d. Respirationstraktes</u>	-	1	1

In der Häufigkeitsverteilung der somatischen Erst- und Zweitdiagnosen fällt besonders der hohe Anteil an Lebererkrankungen

(14 $\hat{=}$ 24,1% aller Diagnosen) sowie an neurologischen Erkrankungen (11 $\hat{=}$ 19,0% aller Diagnosen) auf, welche auch in der Literatur als "typische Alkoholfolgeerkrankungen" beschrieben werden (LELBACH, 1966; SEELEY, 1960; GEROK, 1970; SEITELBERGER, 1962).

Tabelle 24: VERGLEICH DER SUMMENScores IN DER BESCHWERDENLISTE NACH VON ZERSSSEN (1976) ZWISCHEN DEN MÄNNLICHEN ALKOHOLKRANKEN (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE ICD: 303) UND DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Summenscore Beschwerdenliste	Prozentualer "Alkoholismus" (alle Schweregrade)
0 - 9	9,5 (25/264)
10 - 19	7,9 (12/151)
20 - 29	19,8 (20/101)
30 - 39	15,4 (10/ 65)
40 und mehr	11,9 (12/101)

Gesamt	10,1 (69/682)

Die Verteilung der männlichen Probanden in die einzelnen Punkteklassen unterscheidet sich nicht wesentlich von der Verteilung der männlichen "Alkoholprobanden", wenn auch im Bereich höherer Scores (30 Punkte und mehr) die Alkoholikerrate leicht erhöht ist. Diese Schwankungen liegen jedoch nicht in einem signifikanten Bereich ($\chi^2 = 2,3$; $p > 0,05$; $df = 1$).

Die Gesamtbevölkerung wurde bei der folgenden Gegenüberstellung weiter unterteilt u.zw. zum einen nach der psychischen Morbidität (Probanden ohne psychiatrische Diagnosen und Probanden mit psychiatrischer Diagnose, wobei hier auch nach Schweregrad differenziert wurde) und zum anderen nach der täglichen

Alkoholtrinkmenge (vom Probanden in ml angegeben).

Tabelle 25: VERGLEICH DER MITTELWERTE DER SUMMENScores IN DER BESCHWERDENLISTE ZWISCHEN ALKOHOLIKERN UND MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

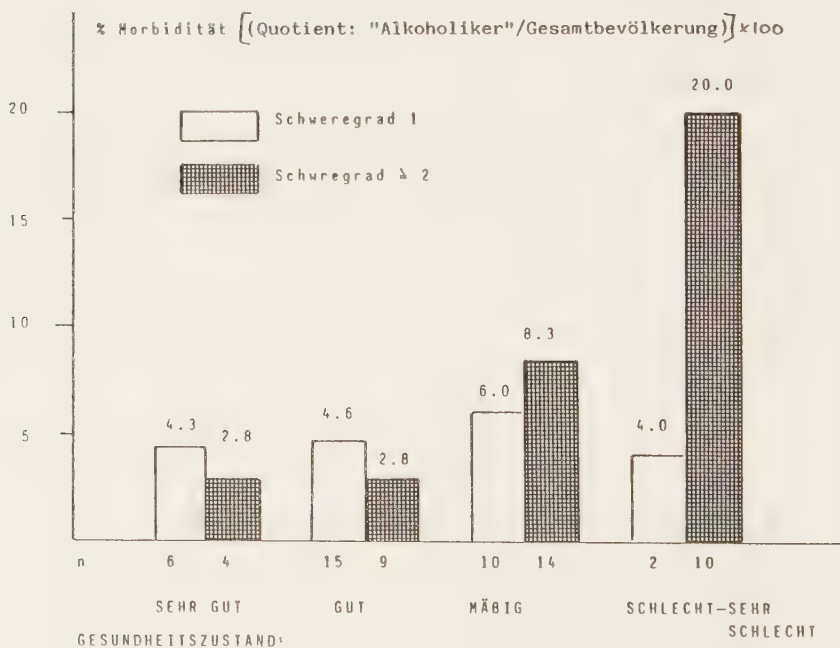
	Summenscore BL		Gesamt
	$\bar{x}$	SD	
Alkoholdiagnose			
Schweregrad 1	7,5	6,7	33
Schweregrad ≥ 2	13,4	12,9	37

Gesamtbevölkerung			
ohne psychiatr. Diagnose	6,5	6,8	445
mit psych. Diagn. Grad 1	11,1	9,7	134
mit psych. Diagn. Grad ≥ 2	17,0	12,0	103

Gesamtbevölkerung nach täglicher Trinkmenge			
weniger als 20 ml	9,1	9,6	342
20 - 80 ml	8,3	8,4	260
80 - 120 ml	10,6	10,1	72
mehr als 120 ml	11,7	13,4	8

Bei den Alkoholikern liegen die Mittelwerte der Summenscores in der Beschwerdenliste signifikant über den Werten, die die männliche Gesamtbevölkerung ohne psychiatrische Diagnose erreichte ($F = 13,2$; $p < 0,001$; $df = 2$). Der Wert $\bar{x}$ von 13,4 bei den Alkoholikern mit Schweregrad ≥ 2 wird nur von den Probanden übertroffen, die eine psychische Erkrankung mit Schweregrad ≥ 2 aufwiesen (17,0). Bezüglich der Einteilung nach der täglichen Trinkmenge bei der männlichen Gesamtbevölkerung nehmen die Mittelwerte in den Summenscores bei höherer Trinkmenge zu.

Abb. 15: VERGLEICH ZWISCHEN DEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE UND DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN IN DER BEURTEILUNG DES EIGENEN GESUNDHEITZUSTANDES.



Analysiert man die Häufigkeitsverteilung der Alkoholiker, so unterscheidet sie sich signifikant von der der Gesamtbevölkerung ($\chi^2 = 81,4$; $p < 0,001$; $df = 8$). Besonders die Alkoholiker mit Schweregrad = 2 sind stark in den Gruppen vertreten, die ihren Gesundheitszustand als "mäßig bis sehr schlecht" beurteilten.

Tabelle 26: VERGLEICH DER DURCHSCHNITTlichen HÄufigkeiten DER ARZTKONSULTATIONEN UND DER ÄRZTLICHEN HAUSBESUCHE IM LETZTEN JAHR ZWISCHEN ALKOHOLIKERN UND MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

DIE TÄGLICHE TRINKMENGE WIRD ALS ZUSÄTZLICHES EINTeilungskriterium HERANGEZOGEN. (* siehe Fußnote)

Anzahl der Arztkonsultationen	$\bar{x}$	SD	Gesamt
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	4,7	8,7	377
mit psych. Dg. Grad 1	8,2	15,4	121
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	11,6	20,5	102

*Signifikanz +++ (F= 12,8)			
Gesamtbevölkerung			
Trinkmenge unter 20 ml	7,5	14,5	274
20 - 80 ml	5,5	11,3	247
80 - 120 ml	4,8	5,7	69
über 120 ml	22,5	36,8	8

*Signifikanz + (F= 5,4)			
Alkoholiker			
Schweregrad 1	5,5	10,8	33
Schweregrad ≥ 2	10,1	22,1	37

*Signifikanz + (F= 4,5)			
Anzahl der Hausbesuche			
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	.34	2,8	377
mit psych. Dg. Grad 1	.43	2,3	121
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	.46	1,6	101

*Signifikanz: 0 (F= 0,1)			
Gesamtbevölkerung			
Trinkmenge unter 20 ml	.58	3,6	273
20 - 80 ml	.17	.61	247
80 - 120 ml	.06	.24	69
über 120 ml	1,0	2,1	8

*Signifikanz: 0 (F= 1,8)			
Alkoholiker			
Schweregrad 1	.09	.29	33
Schweregrad ≥ 2	.27	1,0	37

*Signifikanz: 0 (F= 0,1)			

Hoch signifikant erhöht ist die Anzahl der Arztkonsultationen besonders bei den Probanden mit psychiatrischer Diagnose. Weiterhin ist die Häufigkeit der Arztbesuche bei den Probanden auffallend erhöht, die täglich mehr als 120 ml Alkohol trinken.

Fußnote: + = p < 0,05
++ = p < 0,01
+++ = p < 0,001

5.1.5. Alkoholismus und psychisches Befinden

Immer wieder wurde versucht, einen Zusammenhang herzustellen zwischen psychischen Störungen und dem Phänomen Alkoholismus sowohl als ätiologischer Faktor als auch als Folge der chronischen Alkoholintoxikation. Besonders depressive bzw. neurotische Persönlichkeitsstrukturen sollen eine besondere Disposition zum Alkoholismus aufweisen (WOODRUFF et al., 1972; MATUSSEK, 1959). Als Folgeerscheinungen des chronischen Alkoholismus werden auf dem psychiatrischen Gebiet vor allem die typischen Alkoholpsycho- sen (Korsakow-Pschose, Halluzinose, Eifersuchtswahn) sowie die "alkoholische Wesensänderung" (BLEULER, 1955) bis zur alkoholi- schen Demenz beschrieben.

Tabelle 27: HÄUFIGKEIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN BEI DEN MÄNNLI- CHEN ALKOHOLIKERN IN ALLEN DREI GEMEINDEN (1. Querschnitt).

ICD (8. Revision) Psychiatrische Diagnose		n
296	Affektive Psychose (insges.)	1
296.2	Endogene Depression	1
300	Neurosen (insges.)	8
300.0	Angstneurose	2
300.4	Depressive Neurose	4
300.7	Hypochondrische Neurose	1
300.9	nicht näher bestimmbar	1
301	Persönlichkeitsstörungen (ges.)	6
301.3	Erregbare Persönlichkeit	2
301.7	Antisoziale Persönlichkeit	1
301.9	nicht näher bestimmbar	3
304	Medikamentenabhängigkeit (ges.)	1
304.9	nicht näher bestimmbar	1
305	Psychosomatische Störungen (ges.)	1
305.5	Magen-Darm	1
309	Organisches Psychosyndrom	1
309.2	traumatisch	1

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen wurden bei den männlichen Alkoholikern am häufigsten diagnostiziert, wobei unter den Neu- rosen die depressive Neurose am meisten vorkam. Speziell alkohol- bedingte Psychosen wurden bei diesen Probanden nicht gefunden.

Tabelle 28: SUMMENSORE DES KLINISCH-PSYCHIATRISCHEN INTERVIEWS
BEI DEN MÄNNLICHEN ALKOHOLIKERN (HAUPT- UND NEBEN-
DIAGNOSE, ICD: 303) UND DER MÄNNLICHEN GESAMTBE-
VÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

(Als zusätzliches Einteilungskriterium der Gesamtbevölkerung wird
auch noch die tägliche Trinkmenge herangezogen)

Goldberg-Score (subjektiv)	$\bar{x}$	SD	Gesamt
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	1.52	1.82	377
mit psych. Dg. Grad 1	3.67	3.4	121
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	6.76	4.55	99

Signifikanz: +++ (F= 145,2)			
Gesamtbevölkerung			
Trinkmenge unter 20 ml	2.93	3.43	273
20 - 80 ml	2.38	3.0	247
80 - 120 ml	4.01	4.18	69
über 120 ml	3.25	5.09	8

Signifikanz: + (F= 4.4)			
Alkoholiker			
Schweregrad 1	1.79	2.8	33
Schweregrad ≥ 2	5.32	4.71	37

Signifikanz: +++ (F= 47.1)			
Goldberg-Score (objektiv)			
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	1.61	2.34	377
mit psych. Dg. Grad 1	4.58	3.72	121
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	12.14	7.8	101

Gesamtbevölkerung			
Trinkmenge unter 20 ml	3.86	5.37	273
20 - 80 ml	3.07	4.34	247
80 - 120 ml	6.38	7.04	69
über 120 ml	9.75	7.36	8

Signifikanz: +++ (F= 10.6)			
Alkoholiker			
Schweregrad 1	5.09	6.99	33
Schweregrad ≥ 2	15.92	10.77	37

Signifikanz: +++ (F=129,5)			

$\bar{x}$ = Mittelwert

Tabelle 28:

Goldberg-Score (gesamt)	$\bar{x}$	SD	Gesamt
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	3.12	3.49	377
mit psych. Dg. Grad 1	8.24	6.24	121
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	18.59	10.24	99

Signifikanz: +++ (F=291,0)			
Gesamtbevölkerung			
Trinkmenge unter 20 ml	6.77	8.17	273
20 - 80 ml	5.45	6.56	247
80 - 120 ml	10.35	10.43	69
über 120 ml	13.00	11.12	8

Signifikanz: +++ (F= 8,7)			
Alkoholiker			
Schweregrad 1	5.1	7.0	33
Schweregrad ≥ 2	15.92	10.77	37

Signifikanz: +++ (F= 119.3)			

Die Alkoholiker erreichten durchschnittlich die höchsten Punktezahlen in dem Teil des Goldberg-Interviews, in dem der Proband vom Interviewer beurteilt wird ("Goldberg (objektiv)"), sonst waren es die Probanden mit psychiatrischer Diagnose Schweregrad ≥ 2 , die insgesamt im Durchschnitt die meisten Punkte im Goldberg-Interview erhielten.

Eine deutliche Korrelation mit dem Goldberg-Summscore erkennt man beim Vergleich mit dem täglichen Alkoholkonsum, dessen Mittelwert signifikant mit steigendem Konsum zunimmt.

Tabelle 29: VERGLEICHE DER MITTELWERTE IM KLINISCH-PSYCHIATRISCHEN INTERVIEW ZWISCHEN ALKOHOLIKERN UND MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN BEZÜGLICH DER SCHWEREGRADE BEI VERSCHIEDENEN PSYCHISCHEN SYMPTOMEN.

Als zusätzliches Einteilungskriterium in der Gesamtbevölkerung wird auch noch die tägliche Trinkmenge herangezogen.

GESAMTBEVÖLKERUNG

Psych. Befund	ohne psych. Dg. (n=377)	mit psych. Dg. (1) (n=121)	mit psych. Dg. (≥ 2) (n=99)
Müdigkeit (*)	.16 (.43)	.48 (.73)	.94 (.95)
Schlafstörung (*)	.17 (.49)	.55 (.84)	.88 (1.11)
Konzentrations- mangel (*)	.15 (.38)	.29 (.54)	.8 (1.0)
Depression (*)	.1 (.33)	.35 (.6)	1.01 (1.01)
Ängstlichkeit (*)	.1 (.31)	.43 (.55)	.77 (.84)
Gestörte Intelligenz (*)	.02 (.13)	.15 (.38)	.48 (.83)
Halluzination	0	0	.008 (.09)

ALKOHOLIKER	Schweregrad 1 (n=33)	Schweregrad ≥ 2 (n=37)
Müdigkeit (*)	.18 (.46)	.84 (.96)
Schlafstörung (*)	.48 (.91)	.68 (.97)
Konzentrations- mangel (*)	.09 (.38)	.6 (.9)
Depression (*)	.15 (.62)	.65 (.92)
Ängstlichkeit (*)	.12 (.33)	.43 (.69)
Gestörte Intelligenz (*)	.09 (.29)	.54 (.84)
Halluzinationen	.0	0

GESAMTBEVÖLKERUNG - TRINKMENGE	20 ml (n=273)	20 - 80 ml (n=247)	80 - 120 ml (n=69)	Über 120 ml (n=8)
Müdigkeit (*)	.41 (.69)	.25 (.58)	.48 (.82)	.63 (1.19)
Schlafstörung (*)	.37 (.74)	.26 (.64)	.71 (1.04)	.25 (.70)
Konzentrations- mangel (*)	.3 (.65)	.24 (.52)	.38 (.69)	.3 (.71)
Depression (*)	.36 (.73)	.22 (.56)	.3 (.67)	.63 (1.19)
Ängstlichkeit (*)	.34 (.59)	.2 (.47)	.32 (.61)	.25 (.46)
Gestörte Intelligenz (*)	.11 (.42)	.08 (.36)	.26 (.61)	.38 (.52)
Halluzinationen	.004(.06)	0	0	0

() = Standardabweichung

(*) = Signifikanz; $p < 0,001$

Bei der Analyse einzelner psychischer Symptome im Goldberg-Interview nach den Schweregraden 0 - 4 (0 = Symptom nicht vorhanden / 1 = Symptom leicht vorhanden / 2 = Symptom mäßig vorhanden / 3 = Symptom stark vorhanden, in der Regel fachärztliche Behandlung erforderlich / 4 = Symptom sehr stark vorhanden, in der Regel stationäre Behandlung erforderlich) fällt beispielsweise auf, daß beim Symptom "Depression" der Schweregrad kaum mit der Trinkmenge korreliert, was aber bei den Alkoholikern in signifikantem Maße der Fall ist. Auch beim Symptom "Ängstlichkeit" wiesen die Alkoholiker signifikant hohe Mittelwerte auf. Auffallend ist außerdem, daß das organische Psychosyndrom (gestörte Intelligenz) keineswegs mit der täglichen Alkoholtrinkmenge korreliert, die Alkoholiker jedoch diesbezüglich Werte im Signifikanzbereich erhielten. Hoch signifikante Mittelwerte waren bei der Einteilung nach täglicher Trinkmenge nur zu finden bei den Symptomen "Müdigkeit", "Schlafstörung", "Reizbarkeit" und bei den erhobenen Befunden "abwehrendes", aber auch "demonstratives Verhalten" sowie "affektiv verflachte" und auch "gehobene Stimmung".

5.1.6. Alkoholspezifischer Fragenkomplex

Subjektive Beurteilung des Alkoholkonsums und Trinkverhaltens.

Der folgende Fragenkomplex wurde nur an die Probanden gerichtet, die eine Alkoholdiagnose aufwiesen. Doch nicht alle Probanden aus dieser Gruppe waren bereit, auf diese alkoholspezifischen Fragen zu antworten. Gründe hierfür könnten u.a. sein: mangelnde Krankheitseinsicht sowie die Angst vor Diskriminierung nach "Entlarvung" als Alkoholiker (siehe oben).

Weitere Schwierigkeiten, die sich bei der Beurteilung ihrer eigenen Situation ergeben, sind bedingt durch die Widerstände (Verleugnung, Verdrängung, etc.) bei der Erkennung ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit und auch ihrer Machtlosigkeit, dieses "alltägliche Genußmittel" nicht kontrolliert genießen zu können.

Tabelle 30: SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DES ALKOHOLKONSUMS DURCH DIE PROBANDEN MIT DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" (HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE, ICD: 303) BEZÜGLICH DER SCHÄDLICHKEIT, NACH GEMEINDE.

Alkoholkonsum	Untersuchungsort			Gesamt
	Palling	Traunstein	Traunreut	
Normal	70,6%	65,2%	66,6%	67,3%
Leicht schädlich	23,5%	21,7%	13,3%	20,0%
Schädlich	5,9%	13,0%	20,1%	12,7%
Gesamt (n=100%)	17	23	15	55

Betrachtet man insgesamt die Ergebnisse aller drei Gemeinden zusammen, so sind es hier über 2/3 aller Probanden mit Alkoholdiagnose, die nach ihrer Meinung einen normalen Alkoholkonsum betreiben. Nur 12,7% sehen ihren Alkoholismus als "schädlich" an. Bei der weiteren Differenzierung nach den

einzelnen Gemeinden ergeben sich keine auffälligen Unterschiede, nur daß in Traunreut der Alkoholikeranteil, der seinen Konsum als schädlich einstuft, erhöht ist, was aber durch die geringe Fallzahl nur eine schwache Aussagekraft aufweist.

Tabelle 31: TÄGLICHE MENGE DES ALKOHOLKONSUMS DER PROBANDEN MIT DIAGNOSE ALKOHOLISMUS (ICD: 303) ALLER DREI GEMEINDEN.

Täglicher Alkoholkonsum	Alkoholismus		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad ≥ 2	
unter 20 ml	0	3	3
20 bis 80 ml	9	3	12
80 bis 120 ml	23	24	47
über 120 ml	1	7	8
Gesamt	33	37	70

Wie zu erwarten war, besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Alkoholdiagnose und täglicher Trinkmenge ($\chi^2 = 327.4$; $p < 0,001$; $df = 6$). Auch sind entsprechend Alkoholiker mit Schweregrad ≥ 2 in den Gruppen mit höherem täglichen Alkoholkonsum besonders stark vertreten.

Trotzdem darf man nicht einfach einen erhöhten täglichen Alkoholkonsum gleichsetzen mit der Diagnose "Alkoholismus", wie schon aus den Abweichungen bei vorangegangenen Gegenüberstellungen ersichtlich war (s.o.).

Tabelle 32: TÄGLICHER ZIGARETTENKONSUM DER PROBANDEN MIT ALKOHOL-
DIAGNOSE ALLER DREI GEMEINDEN.

Täglicher Zigarettenkonsum	Alkoholiker		Gesamtbevölkerung	
	(n)	%	(n)	%
Keine Zigaretten	22	31,4	394	57,4
1 - 5 Zigaretten	8	11,4	83	12,1
6 - 20 Zigaretten	22	31,4	144	21,0
21 - 40 Zigaretten	17	24,3	60	8,7
41 und mehr	1	1,4	6	0,9

Gesamt	70	100	687	100

Auch hier liegt der Zusammenhang zwischen Nikotinkonsum und Alkoholismus im Signifikanzbereich ($\chi^2 = 39,1$; $p < 0,001$; $df = 8$).

In Tabelle 33 sollen alkoholspezifische Verhaltensweisen sowie Zusammenhänge zwischen subjektivem Befinden und Alkoholgenuß näher untersucht werden.

Bei den Ergebnissen muß man damit rechnen, daß die Angaben der Probanden eher zu niedrig als zu hoch gegriffen erscheinen, teils aus zu geringer Bereitschaft, teils aus mangelnder Fähigkeit, dem Interviewer wirklichkeitsgetreu zu antworten (Krankheitsverleugnung etc.). So wurde nur knapp 80% des ursprünglichen Alkoholikerkollektivs (n=70) ausgeschöpft.

Diese Ergebnisse mit ähnlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet (WIESER, 1968; FEUERLEIN & KÜFNER, 1977) zu vergleichen, wäre unzulässig, da Auswahlverfahren sowie Alkoholismuskriterien zu sehr voneinander abweichen. Trotzdem treten auch hier in diesem eher ländlichen Probandenkollektiv mit überwiegend leichteren Fällen von Alkoholismus in relativ hohem Prozentsatz (bis zu 25%) die in der Literatur als "alkoholtypisch" bezeichneten Verhal-

tensweisen und Empfindungen auf.

Tabelle 33: VERHALTEN UND SUBJEKTIVES BEFINDEN DER ALKOHOLIKER
(HAUPT- UND NEBENDIAGNOSE ICD: 303) ALLER DREI GEMEINDEN.

	Alkoholismus	
	Schweregrad 1 %	Schweregrad ≥ 2 %
Regelmäßiges Trinken allein	41,7 (10/24)	41,4 (12/29)
Gefühl der Selbstsicherheit unter Alkoholeinfluß	29,2 (7/24)	31,0 (9/29)
Gefühl der Spannung und Unruhe ohne Alkohol	16,7 (4/24)	34,5 (10/29)
In letzter Zeit gehäuft Zittern der Hände	12,5 (3/24)	41,4 (12/29)
In der Zeit erhöhten Alkohol- konsums weniger gegessen	8,3 (2/24)	27,6 (8/29)
Nach Beginn des Alkoholkonsums Verlangen weiterzutrinken	8,3 (2/24)	13,8 (4/29)
Vorhaltungen von seiten der Arbeitsstelle wegen erhöhten Alkoholkonsums	4,2 (1/24)	10,3 (3/29)

5.2. FOLLOW-UP STUDIE (D 4)

5.2.1. Gegenüberstellung der Ergebnisse soziodemographischer Merkmale beider Querschnittserhebungen und der Alkohollismusprävalenz

Bei der zweiten Befragung (1980) verringerte sich der Umfang des gesamten Stichprobenkollektivs (männlich und weiblich) von 1536 auf 1383 (D 4). Die weiteren Veränderungen innerhalb dieses Zeitraumes von fünf Jahren geben die Tabellen 33 und 34 wieder: Tabelle 34 zeigt die Zahl der Verweigerungen bzw. andere Ausfälle (Umzug, Todesfall) in der zweiten Querschnittsstudie innerhalb des gesamten Stichprobenkollektivs (weiblich und männlich) der drei Gemeinden.

Tabelle 34: AUSFALLRATE DER ZWEITEN QUERSCHNITTSSTUDIE

		n	%
1. Querschnitt			
Stichprobengröße	(A)	1668	100,0
befragte Probanden	(B)	1536	92,1
Verweigerer	(C)	132	7,9
2. Querschnitt			
befragte Probanden	(A)	1383	82,9
Verweigerer	(A)	205	12,3
Verstorbene	(A)	80	4,8
befragte Probanden	(C)	43	32,6

Tabelle 35: ZAHL DER MÄNNLICHEN PROBANDEN IN DER ZWEITEN QUERSCHNITTSSTUDIE NACH GEMEINDE.

Gesamtbevölkerung	Palling	Traunreut	Traunstein	Gesamt
ohne psych. Diagnose	74 (79)	152 (191)	140 (175)	366 (445)
mit psych. Dg. Grad 1	16 (34)	45 (35)	58 (65)	119 (134)
mit psych. Dg. Grad 2	25 (23)	48 (45)	51 (41)	124 (109)
Gesamt	115 (136)	245 (271)	249 (281)	609 (688)

Durch Verweigerung des Interviews, Umzug des Probanden oder zwischenzeitliche Todesfälle nahm in allen drei Gemeinden die Probandenzahl ab. Auffallend in allen drei Gemeinden ist die Zunahme der Anzahl der Probanden mit psychiatrischer Diagnose Schweregrad ≥ 2 . Im Vergleich mit dem weiblichen Probandenkollektiv liegt die "Ausfallrate" bei den Männern mit 11,5% nur gering unter dem Wert, den die weiblichen Probanden aufwiesen (13,1%).

Tabelle 36: NEUERKRANKUNGEN AN ALKOHOLISMUS IN DEN DREI GEMEINDEN IM ZEITRAUM DER BEIDEN QUERSCHNITTSERHEBUNGEN.

Erster Querschnitt psychisch gesund	Zweiter Querschnitt Alkoholismus		Gesamt
	Schweregrad 1	Schweregrad ≥ 2	
Palling	3	3	6
Traunstein	15	9	24
Traunreut	11	7	18
Gesamt	29	19	48

In der ersten Untersuchung waren es 416 männliche Probanden, die weder eine Alkoholdiagnose noch irgendeine andere psychiatrische Diagnose aufwiesen. Von diesen 416 Probanden erhielten in der Follow-up Studie 48 Probanden die Diagnose "Alkoholismus".

Von den 70 Probanden, bei denen im ersten Querschnitt die Diagnose Alkoholismus gestellt wurde, konnten 57 Probanden im Rahmen der Follow-up Studie erneut befragt werden. 19 der "Alkoholprobanden" der ersten Querschnittsuntersuchung waren im zweiten Querschnitt gesund, bei ihnen wurde weder die Diagnose "Alkoholismus" noch eine andere psychiatrische Diagnose gestellt.

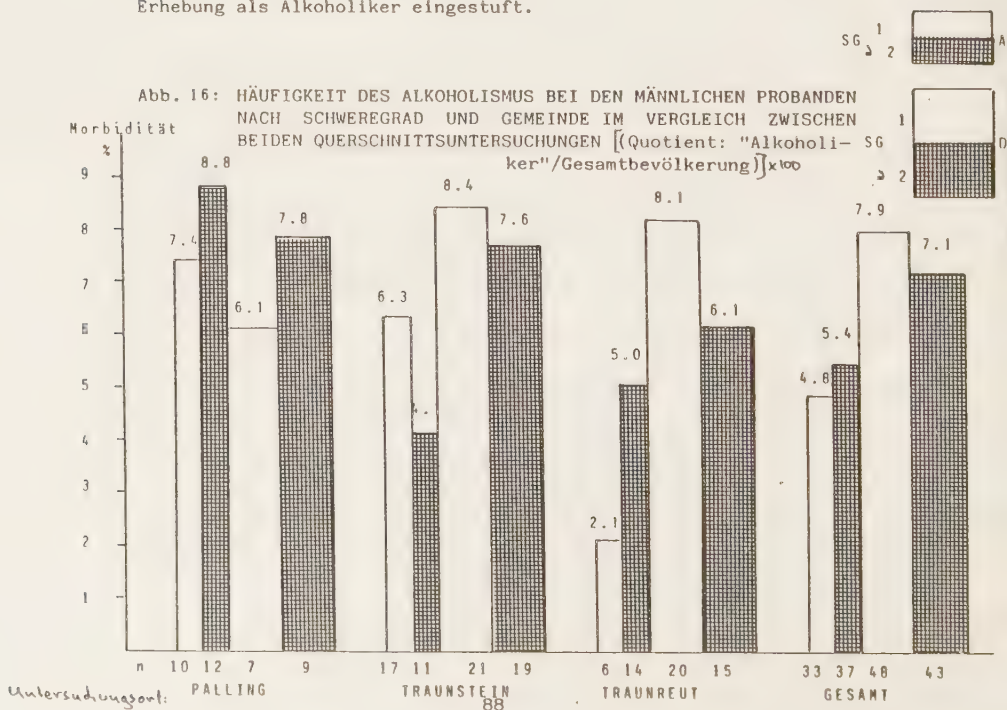
Tabelle 37: WEITERER KRANKHEITSVERLAUF BEI DEN PROBANDEN, DIE IN DER ERSTEN QUERSCHNITTSERHEBUNG ALS ALKOHOLIKER DIAGNOSTIZIERT WURDEN.

Erster Querschnitt Alkoholismus Grad 1	Remission (Grad 1 → 0)	Verschlechterung (Grad 1 → ≥ 2)	Chronisch (Grad 1 → 1)
Palling	5	3	1
Traunstein	5	6	2
Traunreut	0	1	4
Gesamt	10	10	7

Erster Querschnitt Alkoholismus Grad ≥ 2	Remission (Grad ≥ 2 → 0)	Verbesserung (Grad ≥ 2 → 1)	Chronisch (Grad 2 → 2)
Palling	2	2	6
Traunstein	3	0	6
Traunreut	4	4	3
Gesamt	9	6	15

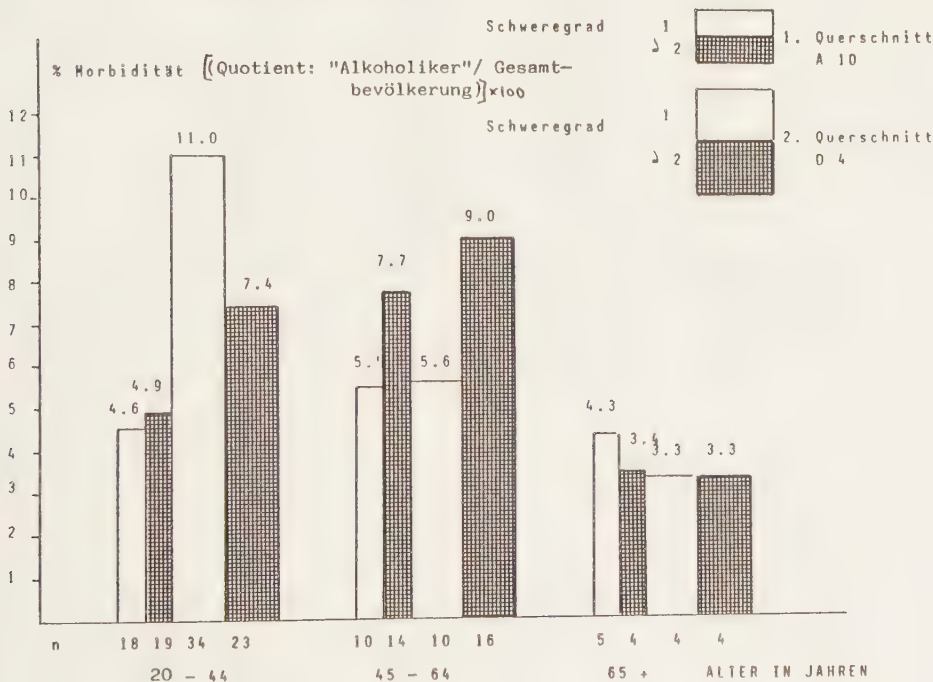
38 Probanden wurden sowohl in der ersten wie auch in der zweiten Erhebung als Alkoholiker eingestuft.

Abb. 16: HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLISMUS BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN NACH SCHWEREGRAD UND GEMEINDE IM VERGLEICH ZWISCHEN BEIDEN QUERSCHNITTUNTERSUCHUNGEN [(Quotient: "Alkoholiker"/Gesamtbevölkerung)] × 100



Außer in Palling nahm in allen Gemeinden die Alkoholismus-Häufigkeit zu. Insgesamt erhöhte sich die Rate von 10,1% (70 Probanden) in der ersten Querschnittsuntersuchung auf 14,9% (91 Probanden) bei der zweiten Erhebung (1980).

Abb. 17: ALKOHOLISMUS-MORBIDITÄTSRATEN IN ALLEN DREI GEMEINDEN NACH ALTER UND SCHWEREGRAD IM VERGLEICH BEIDER QUERSCHNITTSERHEBUNGEN.



Die im Vergleich zur ersten Erhebung erhöhte Alkoholismusprävalenz wird vor allem in der Altersgruppe von 20 - 44 Jahren deutlich, während sich die Verteilung der Alkoholismus-Häufigkeiten in den übrigen Gruppen in der Follow-up Studie ähnlich verhalten wie in der Erhebung vor fünf Jahren.

Abb. 18

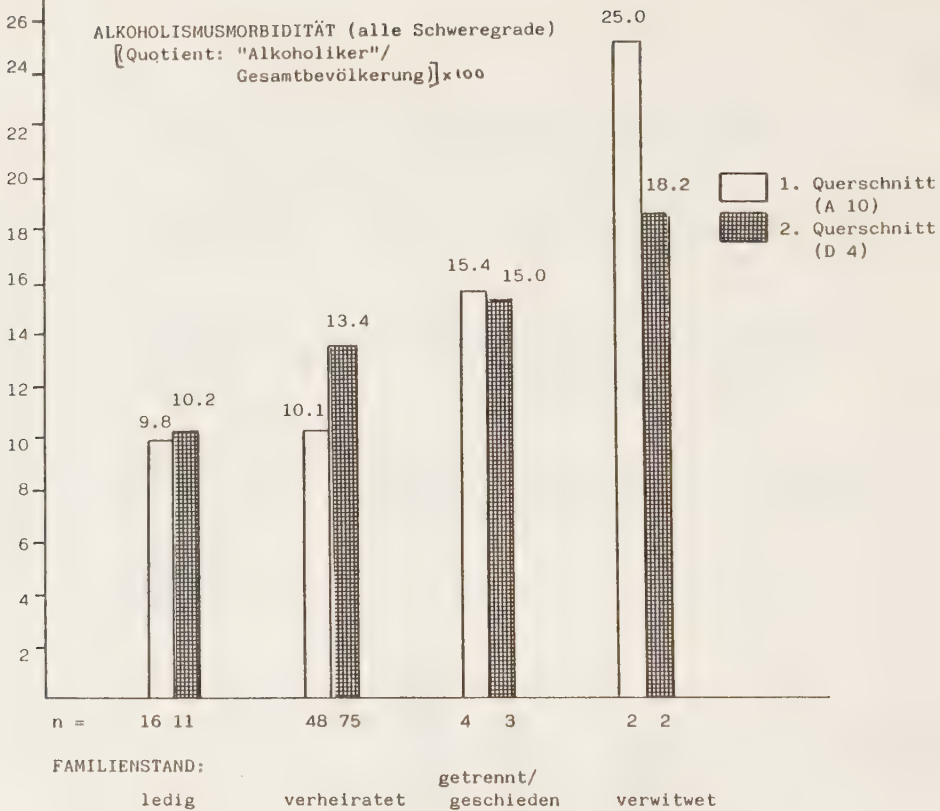
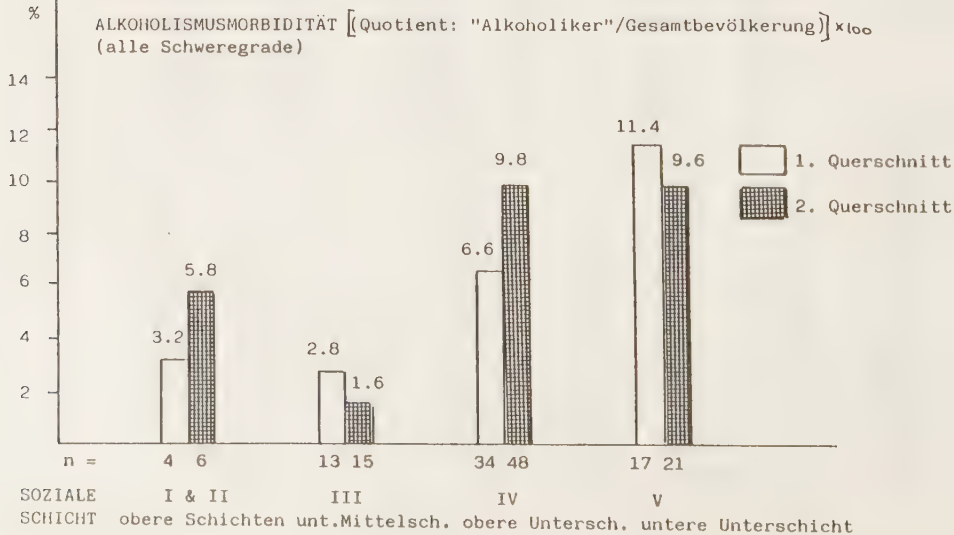


Abb. 19



Sowohl bezüglich des Familienstandes als auch der sozialen Schicht unterscheidet sich die Verteilung der Alkoholiker in den beiden Querschnittserhebungen nur geringfügig. Erwähnenswert sei allein die im Vergleich zur ersten Erhebung leicht erhöhte Zahl der verheirateten Alkoholiker in der Follow-up Studie.

5.2.2. Alkoholkonsummenge im Verlauf und soziale Integration

Tabelle 38: VERLAUF DES DURCHSCHNITTlichen TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN IM RAHMEN BEIDER QUERSCHNITTSERHEBUNGEN.

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie		2. Studie		Traunstein		Traunreut		Palling		Gesamt	
					n	%	n	%	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	206	(40,9)	207	(41,1)	90	(18,0)	503	(100,0)		
konstant	>80	>80	7	(41,2)	3	(17,6)	7	(41,2)	17	(100,0)		
Zunahme	0 - 80	>80	8	(34,8)	11	(47,8)	4	(17,4)	23	(100,0)		
Abnahme	>80	0 - 80	19	(42,2)	13	(28,9)	13	(28,9)	45	(100,0)		
Gesamt			240		234		114		588			

Insgesamt ist bei einer relativ größeren Anzahl von Probanden eine Abnahme im täglichen Alkoholkonsum zu verzeichnen. Unter den Gemeinden ist dies besonders stark in Palling der Fall.

Tabelle 39: VERLAUF DES DURCHSCHNITTlichen TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS WÄHREND BEIDER QUERSCHNITTSERHEBUNGEN BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN DER DREI GEMEINDEN BEZÜGLICH DER FRAGE NACH DER FAMILIÄREN SITUATION

Alkoholmenge (in ml)			Familiäre Belastung durch den Probanden					
	1. Studie	2. Studie	Ja		Nein		Gesamt	
			n	%	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	29	5,8	467	94,2	496	100,0
konstant	>80	>80	6	35,3	11	64,7	17	100,0
Zunahme	0 - 80	>80	1	4,3	22	95,7	23	100,0
Abnahme	>80	0 - 80	9	20,0	36	80,0	45	100,0
Gesamt			45		536		581	

Die Probandengruppe, die eine familiäre Belastung darstellt und in der ersten Erhebung eine Alkoholmenge von mehr als 80 ml konsumierte, in der Follow-up Studie den Konsum jedoch einschränkte, tritt in der Übersichtsta-

belle besonders hervor. Aber auch insgesamt in diesem Zeitraum von 5 Jahren ist bei denen, die ihr Konsumverhalten veränderten, eine deutliche Tendenz zur Abnahme zu erkennen.

Tabelle 40: GESTÖRTE FAMILIÄRE INTEGRATION UND VERLAUF DES TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Gestörte familiäre Integration			
			Nein		Ja	
			n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	486	(98,4)	8	(1,6)
konstant	> 80	> 80	14	(82,3)	3	(17,7)
Zunahme	0 - 80	> 80	22	(95,7)	1	(4,3)
Abnahme	> 80	0 - 80	43	(95,6)	2	(4,4)
Gesamt			565		14	
					579	

Auch hier ist die Rate der Probanden, die innerhalb der beiden Querschnittstudien eine Abnahme der täglichen Trinkmenge aufweisen, ungefähr doppelt so hoch wie bei den Probanden, die ihren Alkoholkonsum steigerten. Es zeigen sich jedoch kaum Unterschiede zwischen den Probanden mit bzw. ohne gestörte familiäre Integration.

Tabelle 41: ZUFRIEDENHEIT MIT EHEFÜHRUNG/PARTNERSCHAFT UND VERLAUF DES TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS.

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Zufriedenheit mit Eheführung/Partnerschaft			
			(sehr) zufrieden		(sehr) unzufrieden	
			n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	369	(96,6)	13	(3,4)
konstant	> 80	> 80	14	(93,3)	1	(6,7)
Zunahme	0 - 80	> 80	19	(95,0)	1	(5,0)
Abnahme	> 80	0 - 80	39	(95,1)	2	(4,9)
Gesamt			441		17	
					458	

Eine unterschiedliche Tendenz bezüglich der Alkoholtrinkmenge im Vergleich beider Erhebungen ist zwischen beiden Gruppen (zufrieden/unzufrieden) nicht erkennbar.

Tabelle 42: VERLAUF DES TÄGLICHEN DURCHSCHNITTlichen ALKOHOLKONSUMS IM RAHMEN BEIDER QUERSCHNITTSSTUDIEN BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN DER DREI GEMEINDEN BEZÜGLICH DER FRAGE NACH DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION.

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Schlechte finanzielle Situation ("Armut")					
			Ja		Nein		Gesamt	
			n	%	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	16	(3,2)	487	(96,8)	503	(100,0)
konstant	> 80	> 80	4	(24,2)	13	(75,8)	17	(100,0)
Zunahme	0 - 80	> 80	1	(4,3)	22	(95,7)	23	(100,0)
Abnahme	> 80	0 - 80	3	(6,7)	42	(93,3)	45	(100,0)
Gesamt			24		564		588	

Die Probanden in schlechter finanzieller Situation weisen eher in der zweiten Querschnittsstudie eine Neigung zu geringerem Konsum auf, als es bei den Probanden der Fall ist, die finanziell günstiger gestellt sind.

Tabelle 43: SCHLECHTE WOHNVERHÄLTNISSE UND VERLAUF DES TÄGLICHEN ALKOHOL-KONSUMS

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Schlechte Wohnverhältnisse					
			Ja		Nein		Gesamt	
			n	%	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	12	(2,4)	491	(97,6)	503	(100,0)
konstant	> 80	> 80	1	(5,9)	16	(94,1)	17	(100,0)
Zunahme	0 - 80	> 80	0	-	23	(100,0)	23	(100,0)
Abnahme	> 80	0 - 80	2	(4,4)	43	(95,6)	45	(100,0)
Gesamt			15		573		588	

Hinsichtlich dieser Fragestellung schränkt die geringe Fallzahl eine ausreichende Aussagekraft bezüglich bestimmter Konsumtendenzen erheblich ein.

Tabelle 44: ZUFRIEDENHEIT MIT DER FINANZIELLEN SITUATION UND VERLAUF DES TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS.

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Zufriedenheit mit finanzieller Situation					
			(sehr) zufrieden		(sehr) unzufrieden		Gesamt	
			n	%	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	433	(87,1)	64	(12,9)	497	(100,0)
konstant	> 80	> 80	13	(76,5)	4	(23,5)	17	(100,0)
Zunahme	0 - 80	> 80	22	(95,6)	1	(4,4)	23	(100,0)
Abnahme	> 80	0 - 80	35	(79,5)	9	(20,5)	44	(100,0)
Gesamt			503		78		581	

Bei der Probandengruppe, die mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden bzw. sehr unzufrieden war, ist eine vergleichsweise stärkere Abnahme des Alkoholkonsums in der Follow-up Studie zu verzeichnen.

Die Tabellen 45 und 46 behandeln den Verlauf der täglichen durchschnittlichen Alkoholtrinkmenge im Rahmen beider Querschnittserhebungen bei den männlichen Probanden der drei Gemeinden bezüglich der Fragestellung nach sozialen Kontakten und der Arbeitssituation.

Tabelle 45: VERLAUF DER TÄGLICHEN ALKOHOLTRINKMENGE UND AUSMAß DER SOZIALEN KONTAKTE

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Ausmaß der sozialen Kontakte				Gesamt	
			angemessen bis		deutlich bis			
			leicht unangemessen		sehr unangemessen		n	%
			n	%	n	%		
konstant	0 – 80	0 – 80	438	(88,1)	59	(11,9)	497	(100,0)
konstant	> 80	> 80	15	(88,2)	2	(11,8)	17	(100,0)
Zunahme	0 – 80	> 80	18	(78,3)	5	(21,7)	23	(100,0)
Abnahme	> 80	0 – 80	36	(81,8)	8	(18,2)	44	(100,0)
Gesamt			507		74		581	

Tabelle 46: VERLAUF DER TÄGLICHEN ALKOHOLTRINKMENGE UND ZUFRIEDENHEIT MIT INTERAKTION AM ARBEITSPLATZ

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Zufriedenheit mit Interaktion				Gesamt	
			(sehr) zufrieden	(sehr) unzufrieden	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	312 (94,3)	19 (5,7)	331	(100,0)		
konstant	> 80	> 80	12 (92,3)	1 (7,7)	13	(100,0)		
Zunahme	0 - 80	> 80	21 (100,0)	0 -	21	(100,0)		
Abnahme	> 80	0 - 80	23 (85,2)	4 (4,8)	27	(100,0)		
			368	24	392			

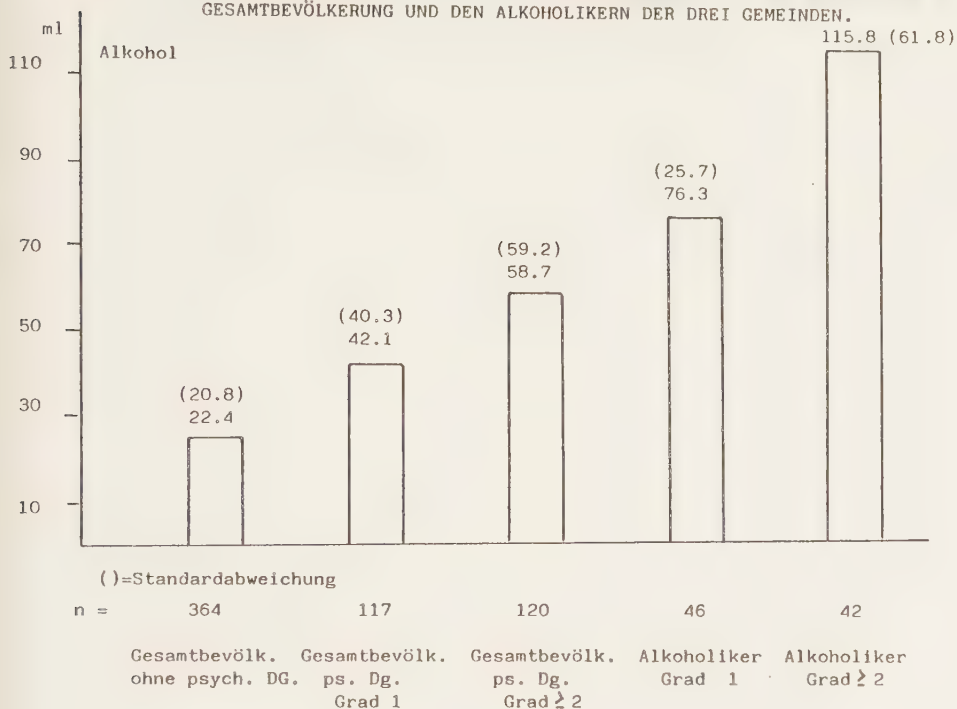
Zwischen beiden Probandengruppen zeigt sich eine unterschiedliche Verteilung: Während die Gruppe, die mit ihren sozialen Interaktionen bei der Arbeit unzufrieden ist, 1980 weit weniger Alkoholmengen konsumierte, ist die Abnahme des täglichen Alkoholkonsums bei den Probanden, die mit den sozialen Kontakten bei der Arbeit zufrieden bzw. sehr zufrieden waren, viel geringer ausgeprägt.

Tabelle 47: VERLAUF DES TÄGLICHEN ALKOHOLKONSUMS UND ZUFRIEDENHEIT MIT DER ARBEIT.

Alkoholmenge (in ml)	1. Studie	2. Studie	Zufriedenheit mit Interaktion				Gesamt	
			(sehr) zufrieden	(sehr) unzufrieden	n	%	n	%
konstant	0 - 80	0 - 80	298 (87,6)	42 (12,4)	340	(100,0)		
konstant	> 80	> 80	12 (85,7)	2 (14,3)	14	(100,0)		
Zunahme	0 - 80	> 80	20 (95,2)	1 (4,8)	21	(100,0)		
Abnahme	> 80	0 - 80	25 (92,6)	2 (7,4)	27	(100,0)		
			355	47	402			

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeit sind keine auffälligen Unterschiede in der Verteilung ersichtlich.

Abb. 20: TÄGLICHE DURCHSCHNITTliche ALKOHOLKONSUMMENGE BEI DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG UND DEN ALKOHOLIKERN DER DREI GEMEINDEN.



5.2.3. Alkoholismus und physisches Befinden

Tabelle 48: VERGLEICH DER HÄUFIGKEIT SOMATISCHER ERKRANKUNGEN BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE IN DEN ZWEI QUERSCHNITTEN.

Somatische Erkrankung	1. Querschnitt	2. Querschnitt
	n	n
<u>Herz- Kreislauferkrankungen</u>		
Kardiomyopathie	7	7
Gefäßerkrankung	1	2
Hypertonie	3	3
<u>Erkrankungen der Verdauungsorgane</u>		
Hepatopathie	14	11
Magenbeschwerden	1	3
Pankreasbeschwerden	-	2
<u>Stoffwechselerkrankungen</u>		
Gicht	3	3
Schilddrüsenfunktionsstörung	-	4
Fettstoffwechselstörung	3	1
<u>Neurologische Erkrankungen</u>	11	7
<u>Erkrankungen des Urogenitaltraktes</u>	4	5
<u>Erkrankungen des Bewegungsapparates</u>	7	13
<u>Dermatologische Erkrankungen</u>	2	1
<u>Geschwulsterkrankungen</u>	1	1
<u>Erkrankungen des Respirationstraktes</u>	1	1
<u>Infektionskrankheiten</u>	-	1

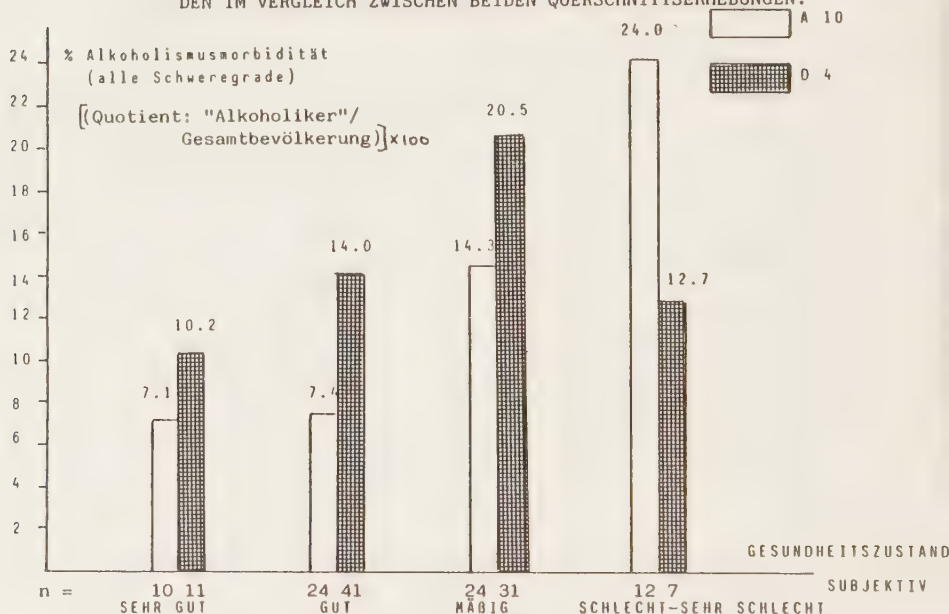
Auch in der zweiten Querschnittsstudie ragen die Hepatopathien bezüglich ihrer Häufigkeit besonders hervor, jedoch nicht ganz in dem Maße wie es 1975 der Fall war (14 Diagnosen "Hepatopathie" bei 70 Probanden). Ebenso wurden neurologische Erkrankungen etwas seltener diagnostiziert (1. Querschnitt: 11 Diagnosen). Auffallend ist die starke Häufung der Erkrankungen des Bewegungsapparates (1. Querschnitt: 7 Diagnosen). Dabei stehen LWK-Schmerz-

Tabelle 48a: VERTEILUNG DER ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES
BEI DEN "ALKOHOLIKERN" ALLER DREI GEMEINDEN (D 4).

Erkrankungen des Bewegungsapparates			
Somatische Diagnosen	Schweregrad somatische Diagnose:	Schweregrad "Alkoholismus":	
		Grad 1	Grad 2
LWK-Syndrom	Grad 1	4	2
	Grad 2	0	0
Rheumatismus	Grad 1	0	0
	Grad 2	1	1
Posttraumatische Hüftgelenksarthrose nach Autounfall	Grad 2	1	0
Posttraumatische Kniegelenksarthrose nach Sportunfall	Grad 2	1	1
Strecksehnendurchtrennung Zeigefinger	Grad 2	1	0
Gesamt		9	4

syndrome im Vordergrund (6 Fälle); daneben wurden Arthrosen im Hüft-, Knie- und Sprunggelenk gefunden (4 Fälle) sowie zwei Fälle von Gelenkrheumatismus und ein Fall einer Strecksehnedurchtrennung des Zeigefingers.

Abb. 21: SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES EIGENEN GESUNDHEITZUSTANDES DURCH DIE "ALKOHLIKER" UND DIE MÄNNLICHE GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN IM VERGLEICH ZWISCHEN BEIDEN QUERSCHNITTSERHEBUNGEN.



In der zweiten Querschnittsstudie zeigt sich eine Tendenz zu einer vergleichsweise positiveren Beurteilung - besonders im Bereich "schlecht bis sehr schlecht" sind die Alkoholiker nur noch halb so stark vertreten wie in der ersten Studie.

Tabelle 49: ANZAHL DER HAUSARZTKONSULTATIONEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN
- EINE GEGENÜBERSTELLUNG ZWISCHEN PROBANDEN MIT DIAGNOSE
ALKOHOLISMUS UND MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI
GEMEINDEN (D 4).

Gesamtbevölkerung	Hausarztkonsultationen		
	$\bar{x}$	SD	Gesamt
ohne psych. Diagnose	5,4	9,3	315
mit psych. Dg. Grad 1	4,6	6,3	107
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	10,0	18,9	111
<u>Alkoholiker</u>			
Schweregrad 1	7,4	18,5	42
Schweregrad ≥ 2	8,1	13,2	40

$\bar{x}$ = Mittelwert

Die "Alkoholiker" besuchten in den letzten 12 Monaten häufiger ihren Hausarzt als die männliche Gesamtbevölkerung, doch dieser Unterschied ist nicht statistisch signifikant ($F=1,5$).

Tabelle 50: ANZAHL DER HAUSARZTBESUCHE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN
VERGLEICH ZWISCHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE UND
MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

Gesamtbevölkerung	Hausarztkonsultationen		
	$\bar{x}$	SD	Gesamt
ohne psych. Diagnose	0,6	3,4	318
mit psych. Dg. Grad 1	0,1	0,6	107
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	2,2	10,5	111
<u>Alkoholiker</u>			
Schweregrad 1	2,2	13,9	42
Schweregrad ≥ 2	0,2	0,5	40

Auch bezüglich der Frequenz der Hausarztbesuche unterscheiden sich die "Alkoholiker" statistisch nicht signifikant von der männlichen Gesamtbevölkerung ($F=1,8$; $p > 0,05$).

Tabelle 51: MITTELWERTE DER SUMMENScores IN DER BESCHWERDENLISTE IM VERGLEICH ZWISCHEN MÄNNLICHEN ALKOHOLPROBANDEN UND MÄNNLICHER GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN SOWIE IN DER GEGENÜBERSTELLUNG BEIDER QUERSCHNITTS-ERHEBUNGEN.

	Querschnitt					
	I		II		I	II
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Gesamt	
<u>Gesamtbevölkerung</u>						
ohne psych. Diagnose	6,5	6,8	8,7	7,2	445	353
mit psych. Dg. Grad 1	11,1	9,7	11,3	9,2	134	113
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	17,0	12,0	15,0	11,2	103	118
<u>Alkoholiker</u>						
mit Schweregrad 1	7,5	6,7	9,6	9,0	33	48
mit Schweregrad ≥ 2	13,4	12,9	14,8	12,4	37	42

Die Probanden mit Alkoholdiagnose (Schweregrad ≥ 2) erreichten im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung ohne psychiatrische Diagnose in der Beschwerdenliste signifikant hohe Werte ($F = 10,7$; $p < 0,001$).

Tabelle 53 zeigt den Ausprägungsgrad bestimmter körperlicher Symptome aus der Beschwerdenliste bei den Alkoholikern in der Gegenüberstellung mit der männlichen Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden.

Zur Beantwortung des Schweregrades der Symptomatik hatte der Proband die Möglichkeit zwischen vier Graduierungen (0 - 3) zu wählen und so bei jedem Item eine Punktzahl von 0 - 3 zu erreichen.

Tabelle 53: AUSPRÄGUNGSGRAD BESTIMMTER KÖRPERLICHER SYMPTOME DER BESCHWERDENLISTE

	Gesamtbevölkerung						Alkoholiker			
	ohne ps. Dg.		ps. Dg.		1/ps.Dg. ≥ 2		Grad 1		Grad ≥ 2	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Schwindelgefühl	0,3	0,6	0,3	0,7	0,6	0,9	0,2	0,6	0,6	0,8
Zittern	0,2	0,5	0,3	0,6	0,5	0,9	0,2	0,6	0,6	1,0
Gewichtsabnahme	0,1	0,5	0,2	0,6	0,3	0,7	0,1	0,4	0,3	0,7
Übelkeit	0,2	0,5	0,2	0,5	0,4	0,8	0,2	0,4	0,4	0,9
Innere Unruhe	0,03	0,6	0,8	1,0	1,0	1,1	0,7	1,0	1,1	1,1

Gegenüber der Gesamtbevölkerung unterscheiden sich die Mittelwerte der Alkoholprobanden (Schweregrad ≥ 2) signifikant nur bezüglich der Symptome "Zittern" ($F=7,1$; $p < 0,01$) und "Innere Unruhe" ($F=20,5$; $p < 0,001$).

Tabelle 54 zeigt die Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit u.zw. im Vergleich zwischen Probanden mit Alkoholdiagnose und männlicher Gesamtbevölkerung aller drei Gemeinden.

Signifikante Abweichungen in der Verteilung sind im Rahmen dieser Fragestellung nicht ersichtlich ($\chi^2 = 4,8$; $df = 2$; $p < 0,05$).

Tabelle 54: RÜCKSICHTNAHME AUF DIE EIGENE GESUNDHEIT
VERGLEICH ZWISCHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE UND MÄNNLICHER
GESAMTBEVÖLKERUNG ALLER DREI GEMEINDEN.

	"Ich nehme nur wenig Rücksicht auf meine Gesundheit"	
	n	%
Gesamtbevölkerung		
ohne psych. Diagnose	86	14,8
mit ps. Dg. Grad 1	47	8,1
mit ps. Dg. Grad ≥ 2	34	5,9
Alkoholiker		
Schweregrad 1	17	19,5
Schweregrad ≥ 2	14	16,1
Gesamt	31	35,6

In Tabelle 55 wird der Mittelwert der Summenscores in der Liste "Belastung am Arbeitsplatz" im Vergleich zwischen Alkoholikern und männlicher Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden dargestellt. Als zusätzliches Einteilungskriterium wird in der Gesamtbevölkerung noch die durchschnittliche tägliche Trinkmenge mit herangezogen.

Tabelle 55:	Mittelwerte der Summenscores ($\bar{x}$)		
	$\bar{x}$	SD	Gesamt
<u>Gesamtbevölkerung</u>			
ohne psych. Diagnose	8,8	5,7	248
mit ps. Dg. Grad 1	10,2	6,8	87
mit ps. Dg. Grad ≥ 2	8,7	5,6	74
<u>Gesamtbevölkerung</u>			
Trinkmenge unter 20 ml	8,8	6,2	194
20 - 80 ml	9,5	5,6	177
80 - 120 ml	6,9	5,0	24
über 120 ml	10,0	7,5	10
<u>Alkoholdiagnose</u> Grad 1	8,9	6,0	43
Grad ≥ 2	7,4	5,9	29

Keine der Gruppen unterscheidet sich bezüglich der erreichten Punktezahl signifikant von der männlichen Gesamtbevölkerung ohne psychiatrische Diagnose.

5.2.4. Alkoholismus und psychisches Befinden

In Tabelle 56 ist die Häufigkeit der psychiatrischen Diagnosen bei den männlichen Alkoholikern in allen drei Gemeinden im Rahmen der Follow-up Studie dargestellt.

Tabelle 56: HÄUFIGKEIT PSYCHIATRISCHER DIAGNOSEN BEI DEN MÄNNLICHEN ALKOHLIKERN IN ALLEN DREI GEMEINDEN IM RAHMEN DER FOLLOW-UP STUDIE.

ICD 9. Revision	Psychiatrische Diagnosen	n
293	passag. organ. Psychosen	3
293.0	akuter Verwirrtheitszustand	3
296	Affektive Psychosen	2
296.0	endogene Manie	1
296.2	manisch depressive Psychose	1
300	Neurosen	8
300.0	Angstneurose	1
300.4	Neurotische Depression	5
300.7	Hypochondrische Depression	1
300.9	nicht näher bezeichnet	1
301	Persönlichkeitsstörungen	9
301.3	erregbare Persönlichkeit	3
301.5	Hysterische Persönlichkeit	1
301.8	Andere Persönlichkeitsstörung	1
301.7	soziopathische Persönlichkeit	1
301.9	nicht näher bezeichnet	3
304	Drogenabhängigkeit	1
304.9	nicht näher bezeichnet	1
309	Psychogene Reaktion	2
309.2	Anpassungsstörung m. vorw. emot. Sympt.	1
309.8	andere Anpassungsstörung	1
310	Nichtpsychotische Störg. nach Hirnschädigung	1
310.9	nicht näher bezeichnet	1

Tabelle 57: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG DER EINZELNEN ALKOHOLISMUSFORMEN (ICD: 303) BEI DER ZWEITEN QUERSCHNITTSERHEBUNG

ICD 8. Revision		N	
		abs.	%
303.0	Episodischer Alkoholmißbrauch	11	12,1
303.1	Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	60	65,1
303.2	chronischer Alkoholmißbrauch	18	19,8
303.9	andere Formen	2	22,0
Gesamt		91	100,0

Tabelle 58: GOLDBERG-INTERVIEW (GESAMT) SUMMENSORE DER MÄNNLICHEN ALKOHOLIKER UND DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

	Querschnitt				I II	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	Gesamt abs.	
Gesamtbevölkerung						
ohne psych. Diagnose	3,1	3,5	3,4	3,7	377	364
mit psych. Dg. Grad 1	8,2	6,2	6,2	5,3	121	119
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	18,6	10,2	12,5	10,0	117	99
Alkoholiker Grad 1	5,1	7,0	5,2	5,2	33	48
Alkoholiker Grad ≥ 2	15,9	10,8	9,0	9,2	37	41

Auch in der Follow-up Studie erreichten die Alkoholiker im GOLDBERG-Interview signifikant hohe Werte: $F = 29,0$ $p(0,001;$
 $df=4$.

Tabelle 59: INANSPRUCHNAHME EINER PSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG IN DEN LETZTEN FÜNF JAHREN - VERGLEICH ALKOHOLIKER MIT DER MÄNNLICHEN GESAMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN

	Inanspruchnahme			
	Ja		Nein	Gesamt
	abs	%		
Gesamtbevölkerung				
ohne psych. Diagnose	7	2,4	290	297
mit psych. Dg. Grad 1	13	11,2	103	116
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	19	15,6	103	122
Alkoholiker Grad 1	1	2,1	46	47
Alkoholiker Grad ≥ 2	5	11,9	37	42

Auch bedingt durch die geringen Fallzahlen weisen hier die Ergebnisse keine statistisch signifikante Aussagekraft auf; immerhin läßt sich erkennen, daß die "Alkoholiker" mit Schweregrad 1 eine psychiatrische Behandlung am seltensten in Anspruch genommen haben und Alkoholprobanden mit Schweregrad ≥ 2 eine geringere Inanspruchnahme aufweisen als die "Psychisch Kranken" mit Schweregrad ≥ 2 .

Tabelle 60: FRAGE NACH LEIDENSDRUCK AUFGRUND DER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE IN DEN DREI GEMEINDEN

	Leidensdruck		
	verneint	leicht bis sehr stark	gesamt (n)
Alkoholiker Grad 1	36 (75%)	12 (25%)	48
Alkoholiker Grad ≥ 2	29 (69,1%)	13 (30,9%)	42
Gesamt	65 (72,2%)	25 (27,8%)	90

Etwa 28% der Alkoholiker leiden in leichtem bis sehr starkem Maße unter ihren psychischen Beschwerden, die Zahlen liegen jedoch nicht im Signifikanzbereich: $\chi^2_{12}=2,6$; $df=6$; $p\{0,05$.

Tabelle 61: SUMMENSORE DER PERI-SYMPOTM SCALE - MÄNNLICHE
ALKOHOLIKER IM VERGLEICH ZUR MÄNNLICHEN
GESMTBEVÖLKERUNG DER DREI GEMEINDEN.

	$\bar{x}$	SD	Gesamt
Gesamtbevölkerung			
ohne psych. Diagnose	12,0	9,1	357
mit psych. Dg. Grad 1	16,4	12,5	112
mit psych. Dg. Grad ≥ 2	25,6	17,3	111
Alkoholiker Grad 1	14,8	13,6	46
Alkoholiker Grad ≥ 2	21,9	17,4	40

$\bar{x}$ = Mittelwert

Bei der Beantwortung der 27 "unspezifischen Symptome seelischen Unbehagens", bei der der Proband 0 - 4 Punkte (fünfstufige "Rating-Skala") pro Item erreichen konnte, liegen die Probanden mit Alkoholdiagnose hinsichtlich des Summenscores hoch signifikant ($p < 0,001$; $F = 16,2$) über der Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden.

5.2.5. Alkoholismus und soziale Integration

Fragen nach der Zufriedenheit mit der sozialen Situation aus der Liste "Social Maladjustment and Dysfunction" (nach CLARE & CAIRNS, 1978) bei den Alkoholikern und der männlichen Gesamtbevölkerung sind in Tabelle 62 dargestellt.

Tabelle 62: ZUFRIEDENHEIT MIT SOZIALER SITUATION

	"Nein - Unzufrieden"					
	Gesamtbevölkerung		Alkoholiker			
	ohne psych. Dg.		Grad 1		Grad ≥ 2	
	n	%	n	%	n	%
Unzufrieden mit						
Interaktion am Arbeitsplatz	10	4,2	7	16,7	0	-
der Arbeit	25	10,2	4	9,5	2	6,5
sozialen Kontakten	16	4,4	2	4,3	3	7,5
Interaktion mit Verwandten	30	8,4	8	17,3	4	10,5
häuslicher Situation	4	4,3	0	-	1	9,1
Alleinleben	4	15,4	0	-	1	50,0
Eheführung/Partnerschaft	6	2,1	3	6,7	2	6,1
sexueller Beziehung	20	7,4	5	11,9	5	19,2
Freizeitaktivitäten	29	8,0	1	2,1	2	5,0

Von diesen neun ausgewählten Items ermöglichen zwei eine Aussage auf signifikantem Niveau: So sind die Probanden mit Alkohol-diagnose (Schweregrad ≥ 2) "signifikant" unzufriedener mit ihrer Interaktion am Arbeitsplatz als die "gesunde" Gesamtbevölkerung ($\chi^2 = 14,2$; $p < 0,01$; $df=4$); weiterhin besteht ein signifikanter Unterschied bezüglich der Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung, wo auch hier die Alkoholiker (Schweregrad ≥ 2) in höherem Maße unzufrieden sind als die Gesamtbevölkerung ($\chi^2 = 12,1$; $p < 0,05$; $df=4$).

Tabelle 63: STÖRUNG DER SOZIALEN PRIMÄRBEZIEHUNG BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE AUFGRUND IHRER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN

	Alkoholiker				
	Grad 1		Grad ≥ 2		Gesamt
	n	%	n	%	n
Soziale Primärbeziehung					
nicht gestört	42	87,5	28	66,7	70
leicht gestört	2	4,2	5	11,9	7
mäßig gestört	1	2,1	6	14,3	7
stark gestört	3	6,3	2	4,8	5
sehr stark gestört	0	–	1	2,4	1
Gesamt	48	100,0	42	100,0	90

Nur 22% der Alkoholiker (alle Schweregrade) sehen ihre Beziehung zu den nächsten Angehörigen - bedingt durch ihre Beschwerden - zumindest leicht gestört.

Tabelle 64: STÖRUNG DER SOZIALEN SEKUNDÄRBEZIEHUNG BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT ALKOHOLDIAGNOSE AUFGRUND IHRER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN.

	Alkoholismus				
	Grad 1		Grad ≥ 2		Gesamt n
	n	%	n	%	
Soziale Sekundärbeziehung					
nicht gestört	45	95,7	38	90,5	83
leicht gestört	1	2,1	2	4,8	3
mäßig gestört	1	2,1	1	2,4	2
stark gestört	0	–	1	2,4	1
sehr stark gestört	0	–	0	–	0
Gesamt	47	100,0	42	100,0	89

Probleme bzw. Schwierigkeiten mit Bekannten oder Berufskollegen, die auf ihre psychische Erkrankung zurückzuführen sind, wurden von insgesamt 6,7% der Alkoholiker angegeben.

5.2.6. Alkoholspezifischer Teil einschließlich des MALT

Den Probanden, bei denen der Interviewer einen erhöhten Alkoholkonsum vermutet bzw. bei denen der Verdacht auf Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit bestand, wurde ein spezieller Fragenkomplex vorgelegt, der auf "alkoholrelevante" Fragestellungen eingeht und u.a. auch den "Münchener Alkoholismus-Test" (MALT) einschließt.

Der Verdacht auf Alkoholmißbrauch stützte sich auf fünf Kriterien: Durchschnittliche/maximale tägliche Alkoholmenge, ärztliche Behandlung wegen alkoholbedingter Beschwerden, alkoholbedingte Lebererkrankung und alkoholbedingte Konflikte am Arbeitsplatz oder mit Behörden.

Tabelle 65: KRITERIEN, DIE AUF ALKOHOLMIßBRAUCH HINWEISEN
(UNTERSUCHT BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER
DREI GEMEINDEN)

	Nein		Ja		Gesamt
	n	%	n	%	n
1. Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag über 60 ml*	523	86,1	84	13,8	607
2. Tägliche Alkoholmenge über mindestens zwei Monate (MALT F 1) über 150 ml**	584	96,3	22	3,6	606
3. Maximale Alkoholmenge an einem Tag mindestens einmal im Monat (MALT F 5) über 500 ml***	582	96,0	24	4,0	606
4. Alkoholbedingte Lebererkrankung in den letzten fünf Jahren (MALT F 4)	580	95,6	27	4,4	607
5. Alkoholbedingte Probleme im Beruf oder mit Behörden	583	96,0	24	4,0	607
* = entspricht ca. 3 Flaschen Bier					
** = entspricht ca. 7 Flaschen Bier					
*** = entspricht ca. 15 Flaschen Bier					

Traf eines dieser fünf Kriterien zu, was insgesamt bei 149 männlichen Probanden der Fall war, wurde ihnen der Münchner Alkoholismus-Test (MALT) vorgelegt. Drei der oben genannten fünf Kriterien gehören schon zum "Fremdbeurteilungsteil" des MALT ("MALT F"), der insgesamt aus sieben Items zusammengesetzt ist. Die restlichen vier MALT-F Items wurden wie folgt beantwortet:

Tabelle 66: MALT F (Ergänzung) BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER DREI GEMEINDEN

	Nein		Ja		Gesamt n
	n	%	n	%	
MALT F 2: Symptome einer Polyneuropathie	147	99,3	1	0,7	148
MALT F 3: Symptome eines Deliriums tremens	143	96,0	6	8,7	149
MALT F 6: Foetor alcoholicus	136	91,3	13	8,7	149
MALT F 7: Familienangehörige suchten Rat wegen Alkoholproblemen d. Probanden	142	95,3	7	4,7	149

Tabelle 67: MALT F SUMMENSORE BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER DREI GEMEINDEN

Score	n	%
0	91	61,5
4	35	23,6
8	9	6,1
12	8	5,4
16	4	2,7
20	0	-
24	1	0,7
Gesamt	148	100,0

(Der Summenwert des Fremdbeurteilungsteiles wurde mit 4 multipli-

ziert, um gegenüber dem Selbstbeurteilungsteil - MALT-S - entsprechend gewichtet zu sein)

91 der 149 "alkoholismusverdächtigen" Probanden erreichten keine Punkte im MALT-Fremdbeurteilungsteil, das heißt, diese 91 waren wegen des erhöhten täglichen Alkoholkonsums oder wegen alkoholbedingter Probleme im Beruf bzw. bei den Behörden als "alkoholismusverdächtig" eingestuft worden.

Abb. 22: MALT F SUMMENSORE BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN DER DREI GEMEINDEN, BEI DENEN DIE DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" GESTELLT WURDE

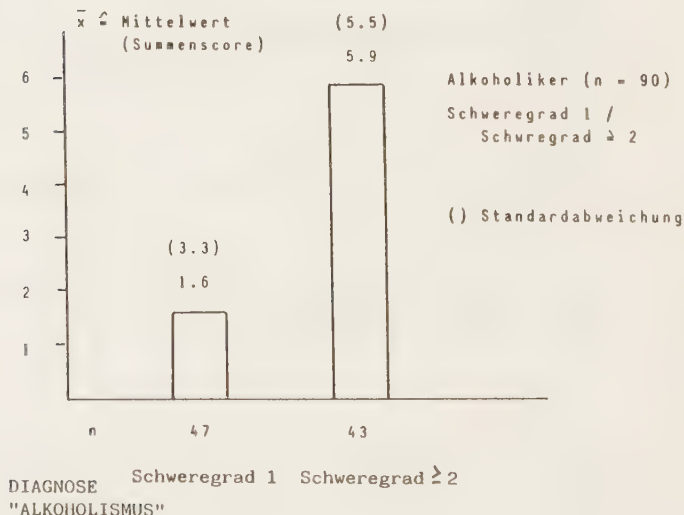


Tabelle 68: MALT-S BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN DER DREI GEMEINDEN
MIT VERDACHT AUF ALKOHOLISMUS

M A L T - S	Ja		Gesamt n (100%)	A 10 (Ergebnis)
	n	%		
1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	12	11,8	102	28,3
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz	19	18,6	102	
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren . .	8	7,8	102	
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten	16	15,8	102	
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweitem Frühstück Alkohol trinke . . .	37	36,3	102	
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken . .	13	12,7	102	11,3
7. Ich denke häufig an Alkohol	9	8,8	102	
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde	23	22,5	102	
9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	30	36,0	102	18,8
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	7	6,9	102	7,5
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin	7	6,9	102	
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig	5	5,0	101	
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt	16	15,8	101	
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)	6	5,9	102	
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	33	32,7	101	
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	13	12,9	101	
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol um mich zu beruhigen	21	20,8	101	
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	6	5,9	102	

19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht	11	10,9	102
20. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	13	12,9	101
21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht	16	16,0	100
22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	32	31,4	102
23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	7	6,9	101
24. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen	12	11,9	101

Den Probanden, die mindestens vier Punkte im Fremdbeurteilungsteil erreichten (= 1 Item positiv) oder auch bei denen ein sonstiger begründeter Verdacht auf eine Alkoholproblematik bestand, wurde die Fragenliste des Selbstbeurteilungsteils vorgelegt.

Besonders häufig wurden folgende vier Items des "MALT-S" mit "ja" beantwortet: Alkoholkonsum vor dem Mittagessen, Alkoholkonsum trotz ärztlichen Verbots, Einsicht über notwendige Alkoholkonsumeinschränkung und Alkoholkonsum zur Beruhigung.

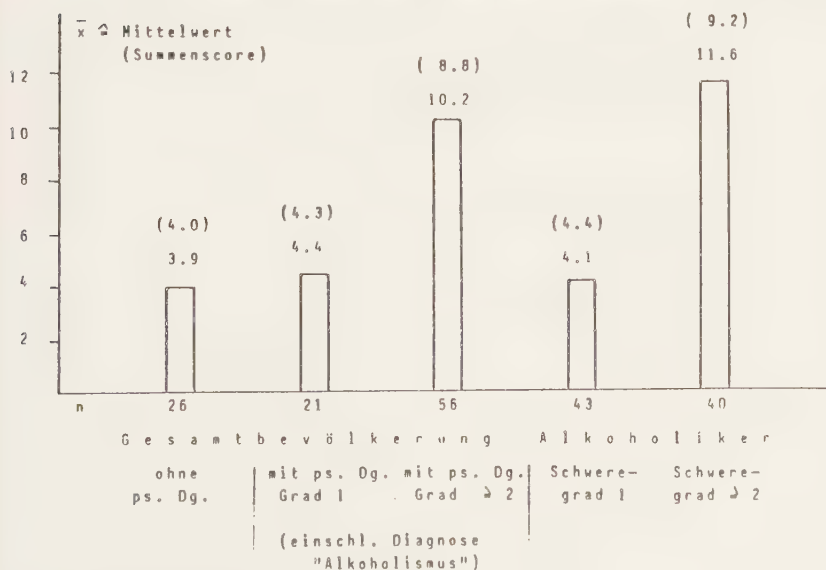
Tabelle 69: MALT-S SUMMENSORE BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER DREI GEMEINDEN

Score	n	%
0	18	17,5
1	16	15,5
2	14	13,6
3	14	13,6
4	10	9,7
5	11	10,7
6	5	4,9
7 - 9	6	5,8
10 - 12	6	5,8
13 - 15	1	1,0
16 und mehr	2	1,9
Gesamt	103	100,0

Tabelle 70: MALT-GESAMT (F+S) SUMMENSORE BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN ALLER DREI GEMEINDEN

Score	n	%
0	14	13,3
1	9	8,6
2	9	8,6
3	5	4,8
4	10	9,5
5	10	9,5
6	5	4,8
7	7	6,7
8	4	3,8
9	5	4,8
10	4	3,9
11 - 14	6	5,8
15 - 19	8	7,6
20 - 24	3	2,9
25 und mehr	4	3,8
Gesamt	103	100,0

Abb. 23: MALT-GESAMT (F+S) SUMMENSORE BEI DEN MÄNNLICHEN PROBANDEN MIT DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" ALLER DREI GEMEINDEN



(Siehe auch Abb. 2)

Ein anderer alkoholspezifischer Fragenkomplex, der nicht im Zusammenhang mit dem Münchner Alkoholismustest steht, soll das Trinkverhalten der männlichen Probanden, bei denen Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit vermutet wurde, weiter beschreiben:

Tabelle 71: BEVORZUGTE GESELLSCHAFT, IN DER DER PROBAND ALKOHOL KONSUMIERT.

	n	%
Allein	9	8,4
Mit Partner	9	8,4
In gleichbleibender Gruppe	39	36,4
In wechselnder Gruppe	30	28,0
Keine Bevorzugung	19	17,8
Unbekannt	1	0,9
Gesamt	102	100,0

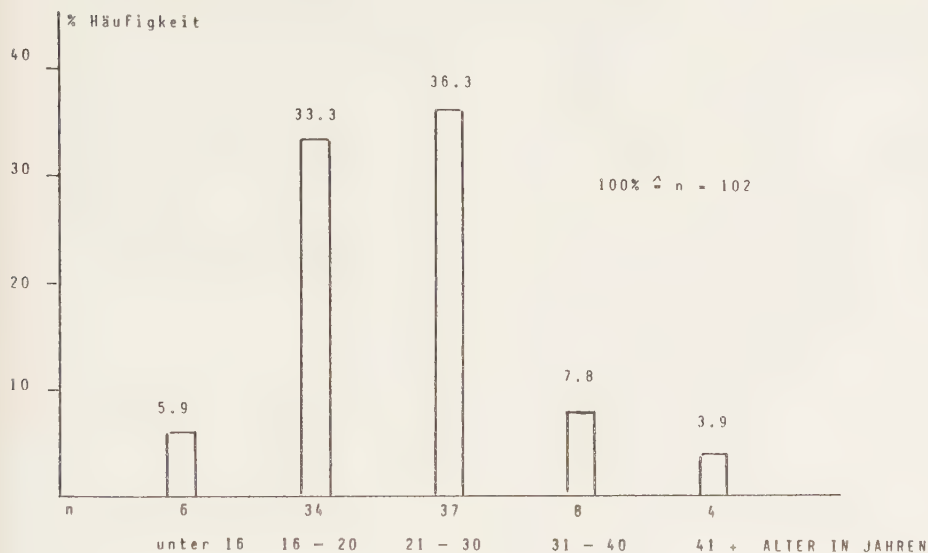
Über 90% der Probanden trinken in Gesellschaft, davon 36,4% in der immer gleichen Gruppe. 8,4% konsumieren den Alkohol nur zusammen mit dem Partner.

Tabelle 72: BEVORZUGTER ORT DES ALKOHOLKONSUMS

	n	%
Zu Hause	36	33,6
Gaststätte	28	26,2
Betrieb	15	14,0
Verein	1	0,9
Sonstige Stellen	2	1,9
Keine Bevorzugung	25	23,4
Gesamt	107	100,0

Auffallend hoch ist der Anteil der Probanden, die gewohnheitsmäßig keinen bestimmten Ort zum Trinken bevorzugen (23,4%); immerhin für 14,0% ist die Arbeitsstätte bevorzugter Trinkort.

Abb. 24: BEGINN DES ALKOHOLMIßBRAUCHS NACH LEBENSALTER



Ein Drittel der Probanden begann mit dem Alkoholmißbrauch zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr und 5,9% fingen mit ihrem Alkoholmißbrauch vor dem 16. Lebensjahr an.

Tabelle 73: HÄUFIGKEIT DES ALKOHOLMIßBRAUCHS IN DEN LETZTEN 5 JAHREN

	n	%
Täglich	60	58,8
Fast täglich	18	17,6
Episodisch	6	5,9
Periodisch	3	2,9
Wochenendtrinken	5	4,9
Unbekannt	10	9,8
Gesamt	102	100,0

Fast 60% der Probanden, die mit Abstand größte Gruppe, betreibt täglich Alkoholmißbrauch.

Tabelle 74: ÄNDERUNG DER ALKOHOLKONSUMMENGE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN

	n	%
Gleichbleibend	55	53,9
Ansteigend	11	10,8
Abnehmend	25	24,5
Unbekannt	11	10,8
Gesamt	102	100,0

Doppelt so viele Probanden in der Gruppe mit verändertem Konsumverhalten geben an, weniger Alkohol zu trinken.

Tabelle 75: TRINKZEITEN WÄHREND DER LETZTEN 5 JAHRE

	n	%
Nur zu Mahlzeiten	3	2,9
Ab morgens	20	19,6
Ab mittags	18	17,6
Ab abends	20	19,6
Unregelmäßig	25	24,5
Unbekannt	16	15,7
Gesamt	102	100,0

Tabelle 76: PAUSEN, IN DENEN KEIN ALKOHOL KONSUMIERT WURDE

	n	%
Niemals	43	42,2
Einmal für weniger als 1 Monat	7	6,9
Einmal für 1 - 6 Monate	11	10,8
Einmal über 6 Monate	7	6,9
Mehrmals für weniger als 1 Monat	11	10,8
Mehrmals für weniger als 6 Monate	2	2,0
Unbekannt	21	20,6
Gesamt	102	100,0

Tabelle 77: ALKOHOLKONSUM BIS ZUM ERREICHEN EINES RAUSCHZUSTANDES

	n	%
Verneint	59	57,8
Weniger als einmal im Monat	12	11,8
1 - 3 mal im Monat	9	8,8
1 - 3 mal pro Woche	3	2,9
Fast täglich	2	2,0
Unbekannt	17	16,7
Gesamt	102	100,0

Tabelle 78: ALKOHOLISMUSTYPISIERUNG NACH JELLINEK (1960)

	n	%
Alpha-Typ Konflikttrinker ohne Abhängigkeit	16	13,6
Beta-Typ Gesellschaftstrinker	17	14,4
Gamma-Typ Kontrollverlust mit Abhängigkeit	21	17,8
Delta-Typ chronischer Alkoholismus mit hoher Toleranzschwelle	22	18,6
Epsilon-Typ Quartalstrinker	3	2,5
Nicht einzuordnen	39	33,1
Gesamt	118	100,0

Obwohl ein Drittel der alkoholverdächtigen Probanden nicht einzuordnen waren, ist doch auffallend, daß eher die schweren Alkoholismusformen (Gamma-, Delta-Typ: 36,4%) über die leichteren Formen überwiegen (Alpha- und Beta-Typ: 28%)

Tabelle 79: ART DES BEVORZUGTEN ALKOHOLISCHEN GETRÄNKES

	n	%
Bier	392	80,8
Weiß- und Rotwein	47	9,7
Wermuthwein	1	0,2
Sekt	1	0,2
Schnaps	13	2,7
Keine Bevorzugung	31	6,4
Gesamt	485	100,0

Bier ist mit Abstand (80%) das bei der männlichen Gesamtbevölkerung am häufigsten konsumierte alkoholische Getränk. Ca. 10% der Bevölkerung bevorzugten Wein.

VI. BESCHREIBUNG EINIGER KRANKHEITSVERLÄUFE

Hier sollen beispielhafte Krankheitsbilder dargestellt werden, die für die einzelnen Diagnosegruppen als typisch erscheinen. Die Einteilung wurde vorgenommen an Hand der Typologie von JELLINEK (1960), kombiniert mit der klinischen Diagnose nach dem Schlüssel des ICD, 8. Revision.

1) ALPHA-ALKOHOLISMUS

"Konflikttrinker" ohne Abhängigkeit, jedoch psychisch labil und anfällig; noch kein Kontrollverlust:

Proband: männlich, 20 Jahre alt (Pb. Nr. 87)

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Jüngstes von drei Geschwistern, "Nachzügler"; von den Eltern verwöhnt aufgewachsen, qualifizierter Hauptschulabschluß mit anschließender Lehre als Energie- und Geräte-Elektroniker. Seit kurzem zur Bundeswehr eingezogen. Sonst wohnt Proband noch bei seinen Eltern; zur Zeit keine feste Freundin, was er bedauert, jedoch integriert in einen bestimmten Freundeskreis.

b) Somatische Erkrankungen:

Meniskusleiden seit vier Wochen.

c) Psychische Erkrankungen:

Seit Dienstantritt bei der Bundeswehr häufig Gefühl der Niedergeschlagenheit und Depression (kein Krankheitswert). Seit

dieser Zeit auch episodische Alkoholexzesse.

d) Gesprächssituation und Befund:

Freundliches und offenes Wesen des zarten, selbstunsicher wirkenden Probanden. Befangenheit besonders bei Fragen nach Alkohol und Sexualität, insbesondere verstärkt durch Anwesenheit der Mutter, zu der eine enge Beziehung besteht.

e) Psychiatrische Diagnose:

Episodische Alkoholexzesse (ICD: 303.0)

Normalpersönlichkeit mit depressiv selbstunsicherer Primärstruktur.

f) Somatische Diagnosen:

Meniskusleiden (ICD: 713).

2. BETA-ALKOHOLISMUS

"Gelegenheitstrinker" ohne Abhängigkeit und ohne Kontrollverlust; soziokulturelle Einflußfaktoren wirksam.

Proband: männlich, 24 Jahre alt (Pb. Nr. 229)

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Ältestes von vier Geschwistern; frühkindliche Belastung durch anfallsweise Psychosen der Mutter. Nach normaler Schulentwicklung Lehre als Werkzeugmacher, danach Wehrpflicht bei der Bundeswehr. Während Grundausbildung (Übernachtung im Freien) zum ersten Mal

Einnässen - in der Folgezeit bis zu drei Mal pro Woche. Erst nach der Entlassung Besserung, völlig "trocken" seit drei Wochen. Familiäre Belastung durch engen Wohnraum (7-Personen-Haushalt spielt sich in Wohnküche des verwahrlosten Hauses ab) und außerdem durch immer noch psychopathologisch auffällige Mutter. Sozial gut integriert im örtlichen Fußballverein, jedoch ist Proband durch Fehlen einer festen Freundin belastet.

b) Somatische Erkrankungen:

Seit drei Wochen allgemeine Müdigkeit und Unwohlsein. Vom Hausarzt krankgeschrieben wegen Verdacht auf Leberleiden (jedoch fehlen "typische Befunde" wie Ikterus, erhöhte Leberwerte sowie ein positiver Tastbefund). Nach entsprechender Pharmakotherapie mit "Hepatogrisevit" Besserung der Symptome. Durch die Diagnose beeindruckt lebt der Proband seitdem alkoholabstinente.

Außerdem leidet der Proband seit einem halben Jahr an Beeinträchtigung der Funktion des linken Zeigefingers nach Strecksehnendurchtrennung durch Sägeverletzung.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Nägelkauen als frühkindlicher Neurotizismus bis heute bestehend. Enuresis nocturna (in der Kindheit nicht bekannt) seit der Bundeswehrzeit, nach Entlassung Besserung, beschwerdefrei seit drei Wochen. Proband, der auffallend offen und emotionslos über seine Erkrankung spricht, sieht die Gründe seines Einnässens in seinem nervösen Charakter sowie in den äußeren Belastungen gelegen. Trotz des bis jetzt vierjährigen Verlaufs keine spezifische psychotherapeutische Behandlung.

d) Gesprächssituation)

Obwohl der Proband freundlich und kooperativ erschien, wirkte die Atmosphäre dennoch sehr gespannt, besonders bedingt durch die übrigen Anwesenden (zwei Schwestern, die Mutter, die Großmutter und zuletzt der Vater). Vor allem die Schwester erregte sich jedesmal über die Kommentare und Bemerkungen der Mutter bezüglich des Interviews.

e) Befund:

Angespannt wirkender 24-jähriger Proband mit - nach eigenen Angaben - selbstunsicherer, ängstlich nervöser Persönlichkeitsstruktur mit der Angewohnheit, aufkommenden Ärger "herunterzuschlucken". Während der Woche mäßiger Alkoholkonsum (3 Halbe täglich), jedoch ein- bis zweimal wöchentlich - besonders bei Feiern im Betrieb und beim Fußball - stark erhöhter Konsum (6-8 Halbe Bier). Volle Glaubwürdigkeit.

f) Psychiatrische Diagnose:

Enuresis nocturna (ICD: 306.6)

Angstneurose (ICD: 300.0)

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch (ICD: 303.1)

g) Somatische Diagnosen:

Verdacht auf Hepathopathie,

leichte orthostatische Beschwerden,

Zustand nach Strecksehnendurchtrennung des linken Zeigefingers.

3. GAMMA-ALKOHOLISMUS

"Süchtiger Trinker" mit psychischer und physischer Abhängigkeit; Auftreten von Kontrollverlust und zunehmende Toleranzentwicklung.

3¹⁾ Proband: männlich, 1931 geboren (Pb. Nr. 239)

Befragung im ersten Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Älterer von zwei Brüdern, unauffällige kindliche und schulische Entwicklung, gutes Verhältnis zu den Eltern. Gelernter Beruf als Müller, jedoch seit 25 Jahren als Kraftfahrer in verschiedenen Berufszweigen tätig. Verheiratet, sieben Kinder. Haushalt in kleinem, altem Haus mit schlechtem Wohnkomfort. Jüngstes Kind - Mädchen - nach frühkindlicher Meningitis schwer geistig behindert (11 Jahre, Sonderschule). "Gute Ehe" (sexuell zufrieden).

b) Somatische Erkrankungen:

Psoriasis im Anfangsstadium,
Verdacht auf Leberleiden.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Alkoholismus (siehe Befund und Diagnose).

d) Gesprächssituation:

Proband wirkte ablehnend und mißtrauisch, er zeigte kein Verständnis für das Interview. Der Schwiegervater, ebenfalls

Alkoholiker, der dem Interview in angetrunkenem Zustand beiwohnte, griff immer wieder erklärend bzw. kommentierend in das Gespräch ein.

e) Befund:

Mißtrauisch, gereizt, Foetor alcoholicus, typische Facies (Teleangiektasien, Rötung), deutlicher Sklerenikterus. Unsicherer Gang und Tremor. Schwerfälligkeit im Denken mit unkritischer Einstellung gegenüber dem Alkohol.

f) Psychiatrische Diagnosen:

Asthenische Persönlichkeit (ICD: 301.6)

Chronischer Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit (Kontrollverlust) (ICD: 303.2)

g) Somatische Diagnosen:

Psoriasis (ICD: 696)

Verdacht auf Leberzirrhose (ICD: 571)

Befragung im zweiten Querschnitt:

b) Verlauf der somatischen Beschwerden

Psoriasis weitgehend abgeklungen (starke Exacerbation Herbst 1978, seither langsame Besserung - seit einem Vierteljahr weitgehend beschwerdefrei). Bei einem Hautarzt in Behandlung. Entwicklung einer alkoholbedingten Leberzirrhose.

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Chronischer Alkoholismus länger als fünf Jahre ohne Krankheitseinsicht; Herunterspielen der Beschwerden. Bisher angeblich keine Alkoholkomplikationen mit Polizei und Arbeitsstelle.

d) Befund:

Stark vorgealterter kachektischer Proband, beim Interview starker Foetor alcoholicus, mittelschlägiger Tremor beider Hände.

Haltlose, alkoholbedingte kritischschwache Persönlichkeit, zeitweise euphorisch; fast kein Appetit, sechs Flaschen Bier täglich (tägliches Wirtshausbesuch).

Nach Exacerbation der Psoriasis (1978) für seine Tätigkeit als LKW-Fahrer krankgeschrieben, nach Neuorganisation des Betriebes nicht mehr übernommen und gekündigt. Nach der Kündigung 77 Wochen lang arbeitslos, zwischenzeitliche Arbeitsmöglichkeit in einer Gärtnerei mußte wegen Hautunverträglichkeit (Nitrofarben-Allergie) aufgegeben werden. Weitere Ereignisse: Tod des Vaters an Krebs 1977.

e) Gesprächssituation:

Geradezu überangepaßte Gesprächshaltung, Neigung zum Witzeln. Kommentare der beim Interview anwesenden Frau weist der Proband jedesmal sofort zurück. Hauptaufenthaltort des Probanden ist die unordentlich erscheinende Wohnküche, abgesehen vom allabendlichen Wirtshausbesuch.

f) Psychiatrische Diagnosen:

Asthenische Persönlichkeit (ICD: 301.6)

Chronischer Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit (ICD: 303.2)

g) Somatische Diagnosen:

Psoriasis (ICD: 696) Schweregrad 1 (1975: Schweregrad 4)

Verdacht auf alkoholbedingte Leberzirrhose (ICD: 571.0)

3²) Proband: männlich, 1941 geboren (Pb. Nr. 221)

Befragung erster Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Einzelkind, aufgewachsen und mitgearbeitet in elterlicher Landwirtschaft; nach Besuch der Volksschule keine abgeschlossene Berufsausbildung. Verpachtung des elterlichen Besitzes, aus dem er nach Übernahme keinen Gewinn erarbeitete.

Seit vier Jahren verheiratet, zwei Kinder.

Schlechte Wohnverhältnisse, obwohl zweifacher Hausbesitz vorhanden.

b) Somatische Erkrankungen:

Zweimaliger stationärer Klinikaufenthalt (1973 & 1974) wegen Leber- und Magenerkrankungen (Diagnose: chronische Gastritis und Fettleber), einmaliger Gichtanfall vor drei Jahren, seitdem medikamentöse Behandlung mit "Allopurinol" durch den Hausarzt, seither anfallsfrei.

Reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Häufig angstneurotische Anfälle mit Druckgefühl in der Brust, Schwitzen, Kribbeln in den Fingern und Hyperventilation (hausärztliche Überweisung zum Nervenarzt).

d) Gesprächssituation und Befund:

Der etwas ängstlich wirkende Proband zeigte sich freundlich und aufgeschlossen; der Alkoholkonsum wird ohne weiteres zugegeben, jedoch besteht keine Krankheitseinsicht (er rühmt sich sogar, wieviel Alkohol er "verträgt"). Der Proband wirkt stark vorgealtert.

e) Psychiatrische Diagnosen:

Chronischer Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit (ICD: 303.2)

Angstneurose (ICD: 300.0)

f) Somatische Diagnosen:

Fettleber (ICD: 573.0)

Schwere Mangelernährung (ICD: 268)

Befragung im zweiten Querschnitt:

a) Soziale Veränderungen der letzten fünf Jahre:

Seit kurzem Anstellung als ungelernter Arbeiter in einem Stickstoffwerk (bisher war die Verpachtung - s.o. - seine einzige Einkommensquelle).

b) Verlauf der somatischen Erkrankungen:

Verschlechterung der chronischen Gastritis (dreiwöchiger Klinikaufenthalt 1978 wegen schwerer Hämatemesis). Außerdem neben der Fettleber bestehende Hypercholesterinaemie und Hyperuricaemie.

Zweimaliger Kuraufenthalt (1976 & 1979) für jeweils vier Wochen; im letzten Jahr Gewichtsabnahme von 10 kg.

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Besserung der angstneurotischen Anfälle.

Weiterhin bestehende schwere Form des Alkoholismus mit progredienten Folgeschäden (zunehmende Kritiklosigkeit und Undifferenziertheit in der Persönlichkeit mit leichten Störungen der Merkfähigkeit).

d) Gesprächssituation und Befund:

Das Interview fand in der leicht verwahrlosten Wohnung des Probanden statt, seine Frau, die einen etwas unordentlichen Eindruck erweckte, nahm am Gespräch teil, wurde aber, nachdem sie ständig die Antworten ihres Mannes kommentierte, von ihm schließlich unwirsch zum Schweigen gebracht. Insgesamt jedoch wirkte der Proband zugänglich und freundlich, manchmal sogar euphorisch. Im Gespräch zeigte er keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, auffällig jedoch waren seine Gleichgültigkeit und Kritiklosigkeit. Besonders bezüglich des Alkohols zeigte er überhaupt kein Problembewußtsein. Obwohl er seit dem 20. Lebensjahr regelmäßig 6-7 Halbe Bier täglich trinkt und bereits schwere somatische Beschwerden aufweist, hat er

keinesfalls die Absicht den Konsum zumindest zu reduzieren.

e) Psychiatrische Diagnose:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit

(ICD: 303.1)

f) Somatische Diagnosen:

Chronische Gastritis (ICD: 535),

Fettleber (ICD: 573.0),

Schwächezustände (ICD: 790),

Hyperuricaemie,

Hypercholesterinaemie.

3) Proband: männlich, 1937 geboren (Pb. Nr. 18)

Befragung im ersten Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Als jüngstes von drei Geschwistern auf elterlichem Bauernhof aufgewachsen, trotz strenger Erziehung "schöne Kindheit" erlebt.

Nach der Volksschule drei Jahre Landwirtschaftsschule, anschließend als Landarbeiter angestellt an einem Hof im Allgäu. Seit 1955 als Bierausfahrer tätig.

1958 geheiratet, fünf Kinder, jedoch nach schweren Ehekrisen (Frau hat ihn mit anderen Männern betrogen) Scheidung 1971. Wegen der Unterhaltspflicht für seine Kinder bleiben ihm monatlich von

seinem Lohn nur noch DM 450,00.

Wegen des Verdachts, daß sich der Proband nach USA absetzt, um sich seiner Zahlungspflicht zu entziehen, wurde ihm der Reisepass entzogen.

b) Somatische Erkrankungen:

Nach Nervenlähmung (Nervus peroneus) in neurologischer Behandlung, jetzt keine Beschwerden mehr.

Häufig Verletzungen (Kopf) nach Schlägereien.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Chronischer Alkoholmißbrauch bei leicht erregbarer Persönlichkeit.

d) Gesprächssituation und Befund:

Etwas mißtrauischer Proband, der jedoch bald Zutrauen faßt. Starker Foetor alcoholicus. Er gibt an, täglich mindestens drei Liter Bier zu trinken, was dem Interviewer aber stark untertrieben erscheint. Proband fühlt sich von der Gesellschaft ungerecht behandelt (erregte Schilderung über die von ihm als ungerecht empfundene Unterhaltungspflicht für seine Kinder). Im Gesicht einige Schnittnarben (nach Bierkrugverletzungen).

e) Psychiatrische Diagnosen:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit, Trunksucht (ICD: 303.1)

Erregbare Persönlichkeit (ICD: 301.3)

f) Somatische Diagnosen:

Entfällt.

Befragung im zweiten Querschnitt:

a) Soziale Veränderungen der letzten 5 Jahre:

1976 Führerscheinentzug wegen Autofahrens mit erhöhtem Blutalkoholspiegel (3‰) für 15 Monate und der Auflage einer jährlichen testpsychologischen Untersuchung und neuerlichen Führerscheinprüfung. Dadurch Aufgabe des Berufes als Bierfahrer und Anstellung als Schankkellner. Nach vier Wochen jedoch fristlose Kündigung (Streit mit der Chefin), anschließend Saisonarbeit in einem Gasthof ("Mädchen für Alles"). Seit 1977 neue Arbeitsstelle als Packer bei einer KFZ-Firma.

1977 erneute Eheschließung nach Aufgabe einer Heiratsanzeige.

1978 Geburt eines (Wunsch-)Kindes. Da drei seiner Kinder aus erster Ehe inzwischen volljährig sind, hat sich die finanzielle Lage des Probanden entspannt.

b) Verlauf somatischer Erkrankungen:

Zunehmende Beschwerden in der LWS (LWK 4/5), deshalb z. Zt. krankgeschrieben. Bei bestehender Varikosis 1976 schwere Thrombophlebitis am linken Bein, noch heute Schmerzen beim Gehen. 1979 operative Entfernung eines Abszesses am linken Oberschenkel (zwei Tage stationär).

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Seit 1973 vermehrter Alkoholkonsum (Ehescheidung). Genaue Trinkmenge nicht erfragbar, da der Proband diesbezüglich widersprüchliche Angaben macht. Jedoch die Aussage, nach dem Führerscheinentzug die Trinkmenge reduziert zu haben, erscheint insofern als glaubhaft, als sich wenig später auch die sozialen Verhältnisse stabilisierten (Wiederverheiratung 1977, Arbeitsplatzwechsel in alkoholfremde Branche).

d) Gesprächssituation und Befund:

Zunächst wurde vom Probanden die Teilnahme am Interview strikt abgelehnt, erst nach einem Angebot von DM 50,00 als Honorar willigte er unter der Voraussetzung ein, daß das Gespräch im Wirtshaus stattfinde (in der Wohnung sei es gegenwärtig zu unruhig). Während der Befragung trinkt der Proband drei Halbe Bier, nach Ablauf von 90 Minuten drängt er ungeduldig auf Beendigung des Interviews.

Der 43-jährige, athletisch gebaute Mann mit gerötetem, etwas aufgedunsenem Gesicht zeigte sich im Gespräch insgesamt kooperativ, obwohl eine gewisse Dissimulation des (gegenwärtigen und vor allem zurückliegenden) Alkoholkonsums vermutet werden darf. Der Proband wirkte leicht verlangsamt, die Sprache war oft undeutlich und verwaschen. Mit der gegenwärtigen Lebenssituation war er sehr zufrieden, Überhaupt erschien der Proband jetzt ausgeglichen, im Affekt ein wenig verflacht.

e) Psychiatrische Diagnose:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit (ICD: 303.2)

f) Somatische Diagnose:

Vertebrales und spondylogenes Syndrom der Lendenwirbelsäule (ICD: 728.7)

Thrombophlebitis (bei Varikosis).

3⁴) Proband: männlich, 1921 geboren (Pb. Nr. 59)

Befragung im ersten Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Als jüngstes von drei Geschwistern wuchs der Proband - die Mutter verstarb, als er ein Jahr alt war - bis zu seinem zehnten Lebensjahr bei den Großeltern auf; später wurde er nach der Wiederverheiratung seines Vaters in die neugegründete Familie aufgenommen, jedoch wurde er stark vernachlässigt, so daß er mehrere Jahre in einer Fürsorgeanstalt zubrachte. Nach der Volksschule absolvierte er eine Schlosserlehre, danach Anstellung als Fabrikarbeiter. Seither erheblicher Alkoholgenuß.

1950 Heirat, sechs Kinder, wovon eines verstarb. Eine Tochter lebt noch mit ihrem Verlobten im Hause. Seine Ehe bezeichnet er als schlecht (seine Frau sei eine "Xanthippe").

b) Somatische Erkrankungen:

Seit 1969 zunehmende Leistungsinsuffizienz und Müdigkeit mit Gewichtsabnahme. Damals wurde ein Karzinom im oberen Verdauungstrakt diagnostiziert und daraufhin Magen, Speiseröhre

und Milz reseziert. Seither massive Beschwerden u.a. Speisunenverträglichkeit, so daß sich der Proband fast ausschließlich von Bier (16 Halbe täglich) ernährt.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Krankheitsbedingte reaktive Depression,
Chronischer Alkoholismus.

d) Gesprächssituation und Befund:

Der zeitweise gereizte, dann wieder unterwürfig-freundliche Proband erscheint schon zum Interview in betrunkenem Zustand und trinkt während des Gespräches laufend weiter Alkohol. Der körperliche Allgemeinzustand ist stark reduziert. Psychomotorisch wirkt der Proband überschießend und ungesteuert. Die massiven depressiven Gedanken überspielt er durch Aggressionen nach außen (er fühlt sich von den Ärzten falsch behandelt).

e) Psychiatrische Diagnose:

Chronischer Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit
(Kontrollverlust) (ICD: 303.2)

f) Somatische Diagnose:

Maligne Neoplasien der Verdauungsorgane und des Peritoneums (ICD: 159).

Befragung im zweiten Querschnitt:

a) Soziale Veränderungen der letzten fünf Jahre:

Keine

b) Verlauf somatischer Erkrankungen:

Seit der Operation 1973 (Malignomresektion im oberen Verdauungstrakt) wechselnde Beschwerden, Schmerzen, mangelnder Appetit und Völlegefühl. Einen genauen Verlauf kann der Proband nicht angeben ("es wechselt von Woche zu Woche"). Seit der Operation keine stationäre Behandlung mehr, sondern nur monatliche Inanspruchnahme des Hausarztes.

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Seit 1973 (nach seiner Magenoperation) konstanter Alkoholkonsum von mindestens 15 Halben Bier pro Tag (davor trank er durchschnittlich 3-4 Halbe). Seit diesem stark vermehrten Alkoholkonsum empfindet sich der Proband selbst als leicht reizbar und zunehmend aggressiv. Außerdem leidet er an Schlaflosigkeit.

d) Gesprächssituation und Befund

Der erregte, bisweilen theatralisch wirkende Proband in schlechtem Allgemeinzustand erscheint auch zu diesem Gespräch mit dem Bierglas in der Hand und trinkt im weiteren Verlauf vier Halbe Bier. Während des Interviews fallen eine zunehmende Distanzlosigkeit und Störung der Konzentrationsfähigkeit auf, während ein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen nicht gegeben ist. Bezüglich des Alkoholmißbrauchs ist überhaupt keine Krankheitseinsicht vorhanden.

e) Psychiatrische Diagnose:

Chronischer Alkoholmißbrauch mit psychischer Abhängigkeit
(Kontrollverlust) (ICD: 303.2)

f) Somatische Diagnose:

Maligne Neoplasien der Verdauungsorgane und des Peritoneums (ICD:
159).

4. DELTA-ALKOHOLISMUS

"Gewohnheitstrinker" mit physischer Abhängigkeit, aber ohne
Kontrollverlust.

4¹) Proband: männlich, 1937 geboren (Pb. Nr. 171).

Befragung im ersten Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Als jüngstes von drei Kindern in wirtschaftlich sehr schlechten
Verhältnissen aufgewachsen (Vater starb, als Proband 5 Jahre alt
war). Als kindliche neurotische Fehlentwicklungen wies der
Proband bis zu seinem siebten Lebensjahr Enuresis nocturna und
bis zur Pubertät Nägelkauen auf. Nach Volksschule und
anschließender Brauerlehre ist er seither in der örtlichen
Brauerei tätig. Heirat mit 23 Jahren, zwei Kinder, intakte
Familienverhältnisse.

b) Somatische Erkrankungen:

Seit Jahren Bandscheibenbeschwerden, deswegen vom Arzt öfters

krankgeschrieben.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Chronischer Alkoholmißbrauch (täglich mindestens drei Liter Bier), jedoch beim Probanden diesbezüglich keinerlei Krankheits-einsicht.

d) Gesprächssituation und Befund:

Der mit seiner Lebenssituation zufrieden wirkende Proband erscheint im Gespräch freundlich und aufgeschlossen. Der deutliche Alkoholabusus, der besonders durch den Beruf bedingt ist, wird vom Probanden als Mißbrauch nicht kritisch realisiert.

e) Psychiatrische Diagnose:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit (Trunksucht) (ICD: 303.1).

f) Somatische Diagnose:

Vertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom (ICD: 728).

Befragung im zweiten Querschnitt:

a) Soziale Veränderungen der letzten 5 Jahre:

Keine

b) Verlauf somatischer Erkrankungen:

Chronisch-progrediente Bandscheibenbeschwerden, deswegen Inanspruchnahme eines Heilpraktikers sowie eines Spezialisten in

Rosenheim. Zeitweise jetzt auch Beschwerden in beiden Knien. Außerdem wurde ein Hypertonus festgestellt, der, obwohl er dem Probanden keinerlei Beschwerden bereitet, doch sehr beunruhigt.

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Täglicher Alkoholkonsum von täglich sechs Halben Bier (jedoch am Wochenende trinkt der Proband angeblich nur Sprudel, um den Körper zu schonen); keine alkoholbedingten Beschwerden.

d) Gesprächssituation und Befund:

Der Proband zeigte sich im Gespräch freundlich und kooperativ, beantwortete die Fragen offen und häufig pedantisch übergenau, worin sich auch seine Wesensart ausdrückt. Bei der Blutdruckmessung ängstliche Erwartungshaltung und innere Anspannung, so daß im Zusammenhang mit der deutlich erkennbaren psychovegetativen Labilität eher der Verdacht auf einen labilen Hypertonus besteht (bei dreimaliger Messung konstant 150/100).

e) Psychiatrische Diagnosen:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit (Trunksucht) (ICD: 303.1) bei zwanghaft angespannter Primärpersönlichkeit.

f) Somatische Diagnosen:

Vertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom (ICD: 728), Hypertonie ohne Angabe einer Organläsion (ICD: 400.0)

4²) Proband: männlich, 1908 geboren (Pb. Nr. 35)

Befragung im ersten Querschnitt:

a) Kindheit und soziale Entwicklung:

Als ältester von drei Kindern eines Brauereibesitzers verbrachte der Proband trotz strenger Erziehung eine fröhliche Kindheit. Nach Erlangung der Mittleren Reife Ausbildung zum Braumeister und anschließend Übernahme der väterlichen Brauerei. 1936 Heirat, fünf Kinder. Der älteste Sohn ist seit einigen Jahren an der Brauerei mitbeteiligt. Intaktes Familienleben, als Mitglied vieler Vereine sozial gut integriert.

b) Somatische Erkrankungen:

Altersbedingte Sehbeschwerden, leichtere Schlafstörungen und Erschöpfbarkeit. Gelegentliche Ischialgien. Vor fünf Jahren Teilresektion des Kehlkopfes, seitdem reduzierter Nikotinkonsum bis auf eine Zigarre pro Woche.

c) Psychiatrische Erkrankungen:

Berufsbedingter, gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch.

d) Gesprächssituation und Befund:

Das Interview mit dem 67-jährigen, adipösen Probanden in altersgemäß sehr gutem Allgemeinzustand findet in einer freundlichen, offenen Atmosphäre statt, wobei der Proband einen äußerst lebhaften und interessierten Gesprächspartner abgibt. In der Schilderung seiner Beschwerden erscheint er insgesamt etwas

dissimulierend.

e) Psychiatrische Diagnose:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit
(ICD: 303.1).

f) Somatische Diagnose:

Keine.

Befragung im zweiten Querschnitt:

a) Soziale Veränderungen der letzten fünf Jahre:

Einzigste Veränderung: Proband wurde zweimal Großvater, da zwei seiner Töchter ihre ersten Kinder bekamen.

b) Verlauf somatischer Erkrankungen:

Außer einem Hypertonus weist der Proband keine Beschwerden auf
(RR: 175/90). Bei Unwohlsein, das gelegentlich auftritt, nimmt er
Klosterfrau Melisengeist.

c) Verlauf psychiatrischer Erkrankungen:

Berufsbedingter, gewohnheitsmäßiger erhöhter Alkoholkonsum ohne
körperliche oder psychische Beeinträchtigung.

d) Gesprächssituation und Befund:

Der sehr freundliche, immer wieder zu Späßen aufgelegte Proband
zeigt sich in gutem Allgemeinzustand und läßt das Interview durch

interessierte Anteilnahme und geistige Regsamkeit als unterhaltsames Gespräch ablaufen.

e) Psychiatrische Diagnose:

Gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch ohne psychische Abhängigkeit
(ICD: 303.1)

f) Somatische Diagnose:

Keine.

VIII. DISKUSSION

An Hand eines repräsentativen Bevölkerungsquerschnittes der über 15-jährigen Einwohner der Landgemeinde Palling, der Dienstleistungstadt Traunsteins und der Industriestadt Traunreut wurde jeweils 1975-1979 sowie 1980-1984 eine Erhebung durchgeführt, die als epidemiologische Felduntersuchung von psychiatrisch geschulten, ärztlichen Interviewern vorgenommen wurde. Die Beteiligungsrate war insgesamt sehr gut und betrug im 1. Querschnitt 92,1% und im 2. Querschnitt 82,9%.

Ziel des Projektes war die Erfassung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und die Inanspruchnahme entsprechender medizinischer Institutionen. Die vorliegende Studie befaßt sich mit einem Ausschnitt aus dem Gesamtspektrum der psychischen Störungen - hier wurden speziell die Probanden näher untersucht, die von den Interviewern in der psychiatrischen Haupt- oder Nebendiagnose als Alkoholiker eingestuft wurden.

So wird zum ersten die Prävalenz des Alkoholmißbrauchs in der Allgemeinbevölkerung dieser drei Kleinstädte dargestellt, zweitens diese, als alkoholkrank diagnostizierte Probandengruppe, anhand verschiedener Indikatoren mit der Gesamtbevölkerung verglichen, drittens Art und Schweregrad des Alkoholmißbrauchs - sowie diesbezüglich "typische Verhaltensweisen" - näher untersucht.

1. Alkoholismusprävalenz:

Die Schwierigkeit der Feststellung einer wahren Alkoholismusprävalenz liegt, wie schon in der Einleitung ausführlich behandelt, vor allem in der Problematik der Festlegung definitiver diagnostischer Kriterien des Alkoholismus. Außerdem sind die in der Literatur oft schwankenden Prävalenzraten zurückzuführen auf unterschiedliche Probandenkollektive - so ist z.B. die Alkoholismusprävalenzrate in einer Klinikpopulation kaum mit der in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen - oder wurden unterschiedliche Altersgruppen erfaßt. Außerdem hängt die Rate natürlich auch vom Erfassungszeitraum ab: so ergeben Zusammenstellungen aus einer Stichtagsprävalenz sicherlich ein anderes Ergebnis als nach Ermittlung der Periodenprävalenz.

Vergleicht man die ermittelte Alkoholismusrate in der Gesamtbevölkerung aller drei Gemeinden (Männer und Frauen) insgesamt, die sich im ersten Projekt auf etwa 2,7% beläuft, mit Untersuchungsergebnissen, die auf ähnliche Weise - nämlich mittels einer Felderhebung an einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt - zustande kamen, so liegt doch die Größenordnung in einem entsprechenden Bereich: WIESER & FEUERLEIN (1977) wiesen eine Alkoholismusprävalenzrate an einem repräsentativen Kollektiv im Bundesland Bremen von ca. 2-3% nach; eine andere Repräsentativumfrage von INFRATEST (1975) ergab eine Alkoholismusrate von 4% in der Erwachsenenbevölkerung (Personen zwischen 20-64 Jahren in der BRD und West Berlin). Eine besondere Erwähnung muß in diesem Zusammenhang die sehr eingehende

Untersuchung von HAGNELL et al. (1975) finden, die der vorliegenden Erhebung in Methodik und Durchführung ähnlich ist. Auch hier wurde im Rahmen einer Felderhebung die Gesamtbevölkerung der schwedischen Landgemeinde Lundby (2612 Einwohner) befragt - erstmals 1947 von ESSEN-MÖLLER (1957); darauf folgten zwei weitere Querschnittsstudien, die von HAGNELL und Mitarbeitern 1957 und 1972 durchgeführt wurden. Obwohl bei dieser Studie eine andere Definition bzw. Einteilung der Alkoholismusformen angewandt worden war - man unterschied zwischen Personen, die Alkoholmißbrauch betrieben, Alkoholabhängigen und chronischen Alkoholikern - sind insgesamt die Ergebnisse mit der Studie vergleichbar:

Tabelle 80: ALKOHOLISMUSPRÄVALENZ BEI MÄNNERN (20 JAHRE UND ÄLTER.

Untersuchung	Jahr	Erhebungsort	Stichproben- umfang (männlich)	Alkoholismus- prävalenz %
HAGNELL & TUNVING	1957	Lundby	950	10,3
HAGNELL & TUNVING	1972	Lundby	952	9,5
DILLING & WEYERER	1975	Lkr.Traunstein	688	10,1
FICHTER et al.	1980	Lkr.Traunstein	609	14,9
KNUPFER	1967	San Francisco	403	11,6
CAHALAN & ROOM	1972	USA*	978	9,0
MYERS et al.	1984	New Haven	1291	8,2
MYERS et al.	1984	Baltimore	1322	10,4
MYERS et al.	1984	St. Louis	1202	8,5

*"National Sample Survey"

Auch HAGNELL bezieht in seiner Erhebung meist nur das männliche Probandenkollektiv zu weiteren Fragestellungen ein, da auch bei ihm die Frauen bezüglich der Alkoholismusrate deutlich unterrepräsentiert sind: Bei seinen Untersuchungen fanden sich

unter den ca. 100 diagnostizierten Alkoholikern nur eine (1957) bzw. drei (1972) weibliche Probanden. Ein ähnlich unausgewogenes Verhältnis der Geschlechter besteht auch beim Projekt A 10 (DILLING & WEYERER) bzw. D 4 (FICHTER et al.), wo jeweils nur zwei Probandinnen die Diagnose "Alkoholismus" erhielten. Die Alkoholikerrate der Frauen erhöhte sich von 3% (Projekt A 10, DILLING & WEYERER) auf 5,6% (Projekt D 4, FICHTER et al.). Bei einem Anteil der weiblichen Probanden am Gesamtkollektiv von über 55% sind jedoch die Frauen unter den Alkoholikern immer noch deutlich unterrepräsentiert. Dies läßt sich besonders auf sozio-kulturelle Einflußfaktoren zurückführen: So entspricht in dieser ländlich-kleinstädtischen Umgebung das Rollenverhalten von Mann und Frau eher noch den traditionellen Erwartungen als in Großstädten, wo die Emanzipation der Frau mit all ihren Konsequenzen schon weiter fortgeschritten ist. Außerdem läßt sich bei den nicht erkannten Fällen auf einen relativ höheren Anteil von Frauen schließen, da die Verleugnungstendenz bei Alkoholikerinnen in einer konservativ strukturierten Gesellschaft aus Angst vor entsprechenden Sanktionen eher gegeben ist. Nach einer Studie von DEMEL (1976) in Hamburg betrug der Anteil der Alkoholikerinnen 25%; einer Felderhebung in Bremen - WIESER & FEUERLEIN (1976) - zufolge stellten die Frauen sogar ca. ein Drittel des Alkoholikerkollektivs. JANZ (1977) sieht als Ursache dieser Entwicklung in den Großstädten "die hier ausgeprägte pathogene Struktur der Wohlstandsgesellschaft und der zivilisatorischen Verwöhnung und Verunsicherung der emanzipierten Frau" - jedoch fehlt bisher eine wissenschaftlich abgesicherte Begründung für diese Entwicklung.

Unterschiede in der Alkoholismusprävalenz zeigen sich auch bei der regionalen Verteilung: Im Vergleich der drei Gemeinden untereinander (Projekt A 10) wurde in der Landgemeinde Palling bei 17,6% der männlichen Probanden die Haupt- oder Nebendiagnose "Alkoholismus" gestellt, während in den Kleinstädten Traunstein bzw. Traunreut der Alkoholikeranteil bei 9,9% bzw. 7,4% lag. Auch der Alkoholkonsum ergibt ein ähnliches Zahlenverhältnis : In Palling trinken 7,8% der Bevölkerung mehr als 80g (ca. 1,5 Liter Bier) reinen Alkohol täglich, während es in Traunstein 5,8% und in Traunreut 3,6% sind. Hierbei sei zu überlegen, inwieweit die unterschiedliche Sozialstruktur der drei Ortschaften einen Einfluß ausübt. In der demographischen Charakterisierung (siehe Tab. 2) zeichnet sich Palling durch einen besonders hohen Anteil von Erwerbstätigen in der Land- und Forstwirtschaft (40%) sowie durch einen relativ höheren Anteil von Selbständigen aus.

Eine Untersuchung über das Trinkverhalten der Deutschen 1974 (REPRÄSENTATIVERHEBUNG DES BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS) weist darauf hin, daß unter den Alkoholkonsumenten, die Bier als alkoholisches Getränk vorziehen - was bei unseren Erhebungen fast ausnahmslos der Fall ist (abgesehen von zwei Probanden, die Wein als bevorzugtes Alkoholikum angeben) - , die Landwirte als die häufigsten Konsumenten vertreten sind (83% trinken fast täglich, davon 70% nur Bier). Natürlich ist dieser Hinweis nur ein Teilaspekt von vielen Faktoren, die diese relativ hohe Alkoholismusprävalenzrate bedingen. So fällt z.B. sicherlich auch der Anteil jener Erwerbstätigen ins Gewicht, die in Palling berufsbedingt mit dem Alkohol konfrontiert werden, wenn sie in der ortsansässigen Brauerei eine Tätigkeit ausüben.

Die Verteilung der Alkoholismusprävalenz in den einzelnen beruflichen Stellungen in allen drei Gemeinden zeigt eine signifikant hohe Morbiditätsrate unter den Arbeitern (15,7%), während die Beamten und Angestellten in geringerem Maße repräsentiert sind (5,8%). Da die berufliche Stellung eng verknüpft ist mit dem Modell der sozialen Schichtung nach MOORE & KLEINING (1960), das in unserer Erhebung angewandt wurde, spiegelt sich diese Verteilung auch in den einzelnen Gesellschaftsschichten wieder: So liegt ebenfalls in der Unterschicht der Anteil der Alkoholiker signifikant hoch. Beide Ergebnisse entsprechen den meisten Erhebungen auf dem Gebiet der Alkoholismus-Forschung. Als Beispiel sei hierzu die Studie von WIESER & FEUERLEIN (1976) über die Alkoholismusprävalenz in Bremen genannt, wonach bezüglich der Berufsgruppen die nicht Leitenden Angestellten und Beamten die niedrigsten, die ungelernten Arbeiter die höchsten Alkoholismusquoten aufwiesen. Der scheinbare Widerspruch zu der obigen Behauptung, daß die Selbständigen (Landwirte) den häufigsten Alkoholkonsum aufzeigen, ist dadurch zu widerlegen, daß "Selbständige dennoch kontrollierter zu trinken scheinen als ungelernte Arbeiter" (TROJAN, 1980), die insgesamt zwar einen niedrigeren Konsum aufweisen, aber durch ihren häufigeren Kontrollverlust eher den Alkoholismuskriterien entsprachen.

Abweichende Ergebnisse veröffentlichte INFRATEST (1975) bezüglich der Verteilung in den verschiedenen sozialen Schichten: Hier hatten nicht die unteren sozialen Schichten sondern die

Mittelschicht den größten Anteil an Alkoholikern. Jedoch lassen sich auf diesem Gebiet Ergebnisse nur in begrenztem Maße vergleichen. Dies liegt besonders an der unterschiedlichen Operationalisierung des Schichtbegriffs. Kriterien bezüglich einer bestimmten Schichtzugehörigkeit werden in den meisten Untersuchungen uneinheitlich angewandt. Jedenfalls liegt in unserer Studie die Alkoholikerrate bei den Merkmalen deutlich höher, die eher auf einen niederen Sozialstatus hinweisen: Sowohl bezüglich der Schulbildung - die höchsten Morbiditätsraten zeigten Probanden ohne Volksschulabschluß bzw. ohne abgeschlossene Lehre auf - wie auch bezüglich des beruflichen Werdegangs - hier liegt die Alkoholismusrate bei den beruflichen "Absteigern" signifikant hoch.

Die Alkoholismushäufigkeit in den verschiedenen Altersklassen, wie sie im Projekt A 10 bzw. D 4 ermittelt wurde, differiert teilweise erheblich von ähnlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet: In unserer Erhebung wurde kein einziger Alkoholiker in der Altersgruppe zwischen 15 - 20 Jahren als solcher diagnostiziert, während andere Studien vor dem relativ hohen und zunehmenden Anteil der jugendlichen Alkoholiker warnen (SCHUSTER, 1977) wobei die Rate der alkoholismus-gefährdeten Jugendlichen mit 5-6% angegeben wird (INFRATEST, 1975), bzw. nach Schätzung GRUNERS (1977) der Anteil der Jugendlichen (bis 25 Jahren) 7-9% aller Alkoholabhängigen ausmacht - u.a. wahrscheinlich als Folge einer höheren Gefährdung in Großstädten als in ländlichen Gebieten. Bezüglich der übrigen Altersgruppen zeigt sich beim Vergleich mit anderen Untersuchungen auch nur eine geringe

Übereinstimmung: FEUERLEIN & KÜFNER (1977) wie auch KÖNIG et al. (1980) fanden ein Maximum der Alkoholismusrate bei Männern zwischen 30 - 49 Jahren; HAGNELL & TUNVING (1972) ermittelten die höchste Alkoholismusprävalenz in der Altersklasse zwischen 60 - 69 Jahren; während die Ergebnisse der Studie von WIESER & FEUERLEIN (1976) in etwa den Daten im Projekt A 10 entsprechen, wonach die höchste Alkoholismus-Morbiditätsrate in der Gruppe der 20-29-Jährigen liegt. Auffallend niedrig ist in unserer Studie die Rate in der Altersklasse 30-49 Jahre.

Die Stellung in der Geschwisterreihe im Zusammenhang mit der Alkoholismushäufigkeit wurde in mehreren Arbeiten untersucht. BLANE et al. (1973) stellte in einer Übersicht über derartige Erhebungen als Resümee eine deutliche Überrepräsentation der Letztgeborenen einer Geschwisterreihe dar. In unserer Untersuchung liegt die Alkoholismus-Morbiditätsrate bei den Letztgeborenen nicht höher, leicht erhöht ist sie jedoch unter den Einzelkindern, aber ohne statistische Signifikanz. Nicht nur Alkoholismus, sondern auch andere psychiatrische Erkrankungen finden sich gehäuft bei Letztgeborenen und Einzelkindern, was von vielen Autoren damit zu erklären versucht wird, daß diese Kinder einer besonders starken Verwöhnung und Bevormundung durch die Eltern ausgesetzt sind.

Auch der Familienstand steht in der vorliegenden Untersuchung in einer gewissen Beziehung zur Alkoholismusprävalenzrate - ähnlich wie es in entsprechenden Arbeiten dargestellt wurde: Sowohl FEUERLEIN & KÜFNER (1977) wie auch KÖNIG et al. (1980) fanden

eine deutlich erhöhte Alkoholikerrate bei den ledigen und geschiedenen Männern, was auch in unserer Erhebung zutage tritt, wenn auch nicht auf einem signifikanten Niveau.

Bei der Betrachtung der obengenannten Merkmale im Längsschnitt 1975/80 in Palling, Traunstein und Traunreut ergeben sich folgende Abweichungen: Auffallend ist zunächst, daß 1980 zwar die Zahl der Alkoholiker von 70 (1975) auf 91 anstieg, dabei aber 1980 nur 54,3% der Probanden (38 Personen), die in der ersten Querschnittserhebung als Alkoholiker eingestuft worden waren, wieder die Diagnose "Alkoholismus" erhielten. Der Rest (53 Probanden) sind durchweg Neuerkrankungen d.h. bei ihnen wurde 1975 die Diagnose "Alkoholismus" nicht gestellt. So stieg insgesamt die Alkoholismus-Prävalenzrate von 10,1% (A10) auf 14,9% (D4).

Bei einer weiteren Differenzierung nach den einzelnen Gemeinden ist Palling die Ausnahme: Hier verringerte sich die Alkoholismushäufigkeit von 16,1% (1975) auf 13,8% (1980); dafür stieg die Prävalenzrate in Traunreut und Traunstein um so stärker an: von 7,3% bzw. 10,3% (1975) auf 14,3% bzw. 16,3% (1980).

Die Alkoholismusverteilung nach Altersgruppen zeigt in der zweiten Querschnittsstudie (D4) im Vergleich zu den Ergebnissen des Projektes A 10 eine Verschiebung zu den niedrigeren Altersklassen (15 - 44 Jahre), so daß man daraus schließen kann (da ja insgesamt das Durchschnittsalter des Probandenkollektivs inzwischen um 5 Jahre erhöht ist), daß die Neuerkrankungen 1980

größtenteils von jüngeren Probanden gestellt werden.

Veränderungen der Häufigkeitsverteilung nach Familienstand, sozialer Schichtung oder beruflicher Stellung sind zu gering, um ausdrücklich erwähnt zu werden.

Bei der Frage nach dem Verlauf des täglichen Alkoholkonsums geben 7,7% der Probanden eine Abnahme der täglichen Trinkmenge an, während nur 3,9% eine Zunahme verzeichneten; bei 88,4% blieb die tägliche Alkoholtrinkmenge gleich. Setzt man den Verlauf der täglichen Trinkmenge in Beziehung zu Fragen nach der familiären Situation - z.B. familiäre Belastung, Störung der Partnerschaftsbeziehung usw. - so ist auch hier eher eine Abnahme des täglichen Konsums ersichtlich u.zw. sowohl bei der Gruppe mit, als auch ohne Probleme in diesem Bereich. Auffallend ist bei der Frage nach den sozialen Kontakten und dem Verlauf der täglichen Alkoholtrinkmenge, daß die Probanden, die mit ihren gesellschaftlichen Beziehungen zufrieden sind, in geringerem Maße ihren Alkoholkonsum einschränkten, als jene Probandengruppe, die mit ihrer sozialen Interaktion unzufrieden bzw. sehr unzufrieden sind.

2. "Charakterisierung" der Alkoholiker

Obwohl empirisch bisher kein einheitlicher Persönlichkeitstypus des Alkoholikers gefunden wurde, der nach medizinischen bzw. psychiatrischen Gesichtspunkten exakt abzugrenzen ist, bestehen doch zahlreiche Modelltheorien, die auf psychoanalytischer bzw.

soziologischer Basis Bedingungsgefüge des Alkoholismus oder gehäufte Alkoholismus-Morbiditätsraten in bestimmten Gruppen zu erklären versuchen. So wird z.B. die von LÜRSEN (1974) geforderte Ich-Schwäche und Störung der Identitätsfindung bei Alkoholikern aus psychoanalytischer Sicht durch Entwicklungsstörungen in der frühkindlichen Phase (BLANCK, 1977; KÜFNER, 1978) mit verursacht.

Weiterhin weisen viele Autoren auf das gestörte Kontaktverhalten sowohl zur Primärgruppe (Familie) (KÖSTER, 1978) wie auch zur weiteren sozialen Umgebung (FREED, 1968) hin, wobei man nicht immer zwischen Ursache und Folge des Alkoholismus unterscheiden kann.

Eine signifikant hohe Alkoholikerrate fand sich in unserer Erhebung bei Probanden, die angaben, in ihrer Kindheit insgesamt pathogenen Erziehungseinflüssen in mäßigem oder starkem Maße ausgesetzt gewesen zu sein. Dabei werden sowohl die Beziehung zu den Eltern als auch alle übrigen Einflüsse in der Kindheit und Jugend mit einbezogen.

Das Sozialverhalten der Alkoholiker unterscheidet sich auch in unserer Erhebung von dem der Gesamtbevölkerung: Signifikante Abweichungen treten beim intrafamiliären Kontaktverhalten auf. So sind die Alkoholiker deutlich überrepräsentiert unter Probanden, die eine leichte bis erhebliche Störung bezüglich ihrer Integration in der Familie angeben, aber auch bei jenen, die unter einer mäßigen bis starken Störung in ihrer Sexualität leiden.

Die Alkoholikerrate ist weiterhin signifikant erhöht bei

Probanden, die sich Sorgen bezüglich ihrer Familie machen, wobei der Ehepartner besonders stark als "Gegenstand" ihrer Sorge hervortritt. Ebenso zeigt sich im sozialen Bereich außerhalb der Familie bei den Alkoholikern im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine abweichende Häufigkeitsverteilung. Zwar ergibt sich bei den Probanden mit Alkoholdiagnose keine erhöhte Rate bezüglich der Frage, ob der Wunsch nach mehr Kontakten bestehe - trotzdem weisen sie in höherem Maße eine gestörte soziale Integration auf (die Morbiditätsrate ist bei Probanden mit gestörter sozialer Integration signifikant erhöht); außerdem ist ein signifikant hoher Anteil von Alkoholikern unter jenen Probanden, die ihre Abende allein verbringen (20,6%).

Bezüglich der Frage nach der wirtschaftlichen Situation sind Alkoholiker signifikant überrepräsentiert in den Gruppen, die in schlechten finanziellen Verhältnissen leben, die sich deswegen Sorgen machen, die mit ihrer Wohnung unzufrieden sind bzw. die ihre schlimmen Wohnverhältnisse beklagen.

Somatische Folgeerkrankungen, speziell alkoholbedingte Hepatopathien, treten neueren Untersuchungen zufolge (THALER, 1977) bei einem regelmäßigen mindestens fünfjährigen Alkoholkonsum ab einem Grenzwert von ca. 60g reinem Alkohol (Männer) auf, wobei Alkoholfettleber, Alkoholhepatitis und Leberzirrhose die drei Hauptreaktionstypen der alkoholbedingten Hepatopathien darstellen. Weitere typische Alkoholfolgeerkrankungen manifestieren sich besonders im oberen Intestinaltrakt, wobei Magen, Dünndarm und Pankreas am häufigsten betroffen werden. In unserer Erhebung ist

bei den meisten Probanden mit Diagnose "Alkoholismus" dieser "lebertoxische Grenzwert" erreicht (36,4% trinken täglich 50-100 ml Alkohol). Betrachtet man die Häufigkeitsverteilungen der somatischen Diagnosen, die diese Probanden erhielten, so zeigt sich, daß auch hier die Diagnose "Hepatopathie" am häufigsten gestellt wurde (24% aller somatischen Diagnosen). Neurologische Erkrankungen wurden bei den Alkoholprobanden am zweithäufigsten verzeichnet, während Magen-Darm-Erkrankungen einen relativ geringen Anteil ausmachen (1,5%). Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß die alkoholbedingte Gastritis eher als Folge der Einwirkung höherprozentiger Alkoholika angesehen wird (HAFTER, 1973), während bei 80,8% der Probanden in unserer Untersuchung Bier das bevorzugte alkoholische Getränk darstellt. Die Verteilung der somatischen Erkrankungen in der Follow-up Studie (FICHTER et al.) ist ähnlich, wobei in den 80'er Jahren Erkrankungen des Bewegungsapparates am häufigsten diagnostiziert wurden, jedoch dicht gefolgt von "Hepatopathien" und "Neurologischen Erkrankungen". Die häufigen Erkrankungen des Bewegungsapparates sind unspezifisch und in keinem Zusammenhang mit erhöhtem Alkoholkonsum zu sehen.

Der von den Alkoholprobanden selbst eingeschätzte subjektive Gesundheitszustand wird von ihnen im Rahmen der ersten Querschnittserhebung (A 10) signifikant häufiger für "mäßig bis sehr schlecht" befunden als dies bei der Gesamtbevölkerung der Fall ist. Im zweiten Querschnitt (D 4) zeigt sich eine Tendenz zu einer positiveren Beurteilung. Dies spiegelt auch die Verteilung der Summenscores in der Beschwerdenliste wider, wo im Bereich

höherer Scores (30 Punkte und mehr) die Alkoholikerrate erhöht ist, was auf einen subjektiv schlechter empfundenen Gesundheitszustand bei den Alkoholikern hinweist. Auch in der Follow-up Studie ist der Mittelwert des Summenscores in der Beschwerdenliste bei den Alkoholikern signifikant erhöht.

Die Verteilung der psychiatrischen Haupt- und Nebendiagnosen bei den Alkoholikern ist mit der Verteilung in der Gesamtbevölkerung der drei Gemeinden vergleichbar. Auch hier wurden Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen am häufigsten gefunden (DILLING & WEYERER, 1975). Psychosen wie z.B. die Alkoholhalluzinose oder das Alkoholdelir wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung in keinem Fall diagnostiziert, und auch sonstige, häufig in Zusammenhang mit Alkoholismus auftretende Wahnerkrankungen (z.B. Eifersuchtswahn, Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn) konnten nicht gefunden werden. Vermutlich läßt sich dies vor allem darauf zurückführen, daß es sich bei unserer Felderhebung meist um leichtere Fälle von Alkoholismus handelt. Außerdem wird sich ein Proband im akuten Stadium einer Psychose kaum zu einem Interview bereiterklären, so daß der psychiatrisch geschulte Interviewer nicht die Möglichkeit hat, eine derartige Diagnose zu stellen. Die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (männlich und weiblich) niedrigere Rate der Diagnosestellung "Neurose" (ICD: 300) bei den Alkoholikern wird vor allem durch den vergleichsweise viel höheren Frauenanteil in der Gesamtbevölkerung bedingt und dadurch, daß Frauen insgesamt eine deutlich höhere Morbiditätsrate an Neurosen aufweisen (17,9%) als Männer (11,7%), was auch andere Untersuchungen bestätigen (HAGNELL &

TUNVING, 1972). Störungen bzw. Veränderungen in der Persönlichkeit, die bei Alkoholikern gehäuft auftreten sollen (SCHRAPPE, 1968), wurden auch hier im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei den Probanden mit Diagnose "Alkoholismus" häufiger gefunden (7,6%), was aber wegen der geringen Fallzahl keine signifikante Aussagekraft besitzt.

Auch im Goldberg-Interview, das psychische Störungen bzw. Auffälligkeiten aufdecken und in einem Summenscore nach Schweregrad differenzieren soll, zeigt sich bei den Alkoholikern eine von der Gesamtbevölkerung abweichende Verteilung. Bei Probanden, die im Summenscore 20 und mehr Punkte erreichten, lag der Anteil der Alkoholiker signifikant hoch, was allgemein auf eine höhere Rate von psychischen Störungen bei Alkoholikern hinweist. Die Mittelwerte, der von den Probanden mit Alkoholdiagnose erreichten Summenscores liegen in beiden Querschnittserhebungen signifikant höher als bei der Gesamtbevölkerung. Bei der Analyse des Ausprägungsgrades einzelner Symptome, nach denen im Goldberg-Interview gefragt wurde, weisen die Alkoholiker bei folgenden Symptomen signifikant erhöhte Werte ($p(0,001)$) auf: "Müdigkeit", "Schlafstörungen", "Konzentrationsmangel", "Depression", "Ängstlichkeit" sowie "gestörte Intelligenz bzw. organisches Psychosyndrom". Außerdem ist unter den "Alkoholprobanden" die Verteilung der Summenscores des Goldberg-Interviews in den drei Gemeinden unterschiedlich: So liegen die Scores in Palling deutlich niedriger (fast 90% im Bereich 0-9 Punkte) als in Traunstein und vor allem in Traunreut, wo immerhin ein Drittel der Alkoholprobanden 20 und mehr Punkte erreichten. Den Zusammenhang

zwischen Alkoholismus und vermehrt gestörtem psychischen Befinden stellten auch FEUERLEIN & KÜFNER (1977) in ihrer Studie über "Alkoholismus und subjektives Befinden" fest, wo sie in ähnlicher Weise einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten "Alkoholabusus-Index" und erhöhten Scores in der "Depressivitäts-, Paranoid-Skala und Beschwerdenliste" ermittelten.

Ein Fragenkomplex, der sich auf das Trinkverhalten sowie auf die vom Alkoholiker bei sich selbst wahrnehmbaren Folgeerscheinungen bezieht, wurde speziell nur an jene Probanden gerichtet, bei denen "Alkoholismus" als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde.

Auf die Frage nach der Schädlichkeit des eigenen Alkoholkonsums sehen nur 12,7% ihr Trinkverhalten als schädlich an, 20,0% befinden es für leicht schädlich, die restlichen 67,3% der Alkoholiker schätzen ihre Alkoholkonsummenge als normal ein. Bei dieser Beurteilung spielen sicherlich psychologische Faktoren mit eine Rolle. Zum einen wird die eigene Einschätzung als Alkoholiker wegen der damit verbundenen Kränkung des Selbstwertgefühls lange abgewehrt durch Verdrängung, Verleugnung, Bagatellisierung usw.; zum anderen besteht oft nur geringer Leidensdruck, wobei die positiv verstärkende Wirkung des Alkohols (Euphorisierung, Spannungsreduktion) überwiegt, so daß die Schädlichkeit des Alkoholkonsums nicht erkannt bzw. heruntergespielt wird. 30,2% der Probanden beschreiben ein "Gefühl der Selbstsicherheit" unter Alkoholeinfluß und immerhin über 1/4 der Alkoholiker (26,4%) beschreiben Spannungsgefühle und Zustände von Unruhe, wenn sie nicht unter Alkoholeinfluß stehen.

Der gesellschaftliche Faktor des Trinkens bzw. der gruppenkonforme Alkoholkonsum zeigt sich auch in unserer Untersuchung: Im Projekt D 4 geben nur 8,4% der Alkoholkonsumenten, bei denen Verdacht auf Alkoholmißbrauch besteht (102 Probanden), an regelmäßig allein zu trinken. Bei den "Gesellschaftstrinkern" ist der Anteil derer, die in ständig gleichbleibender Gesellschaft trinken, am größten (36,4%).

Bezüglich der Frage nach einem bevorzugten Trinkort lassen sich bei den Probanden keine bestimmten Tendenzen erkennen: Zwar werden das eigene Heim und die Gaststätten am häufigsten als bevorzugte Trinkorte angegeben (33,6% bzw. 26,2%), doch bei immerhin 23,4% ist der Alkoholkonsum nicht mit einem bestimmten "Lieblingsort" verbunden. Die Frage nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums wird vom überwiegenden Teil der "Alkoholprobanden" (58,8%) mit "täglich" beantwortet. FEUERLEIN & KÜFNER's Erhebung 1977 ergab, daß 47% der Gesamtbevölkerung täglich oder mindestens mehrmals wöchentlich Alkohol zu sich nehmen.

Eine bemerkenswerte Verteilung zeigt sich bei der Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt des Beginns des Alkoholkonsums: Dabei gibt ein Drittel der Probanden das 16. - 20. Lebensjahr an, 6% begannen vor dem 16. Lebensjahr zu trinken.

Im Projekt D 4 (FICHTER et al.) wurde außerdem nach dem Verlauf des Alkoholkonsums in den letzten 5 Jahren gefragt. Dabei beurteilte nur ein geringer Teil der Probanden (10,8%) ihren Konsum als "ansteigend", während ein gleichbleibender Konsum am

häufigsten (53,9%) angegeben wurde und ein Viertel der Probanden angaben, weniger zu trinken.

Um die starken Alkoholkonsumenten noch weiter zu charakterisieren, wurde in der Follow-up Studie (D 4) bei ihnen die Alkoholikereinteilung nach JELLINEK (1960) vorgenommen (sie ist in der Einleitung näher beschrieben). Insgesamt ergab sich hierbei folgende Häufigkeitsverteilung: "Alpha-Typ" (keine Abhängigkeit) 13,6%; "Beta-Typ" (mögliche Abhängigkeit mit eventuellen körperlichen Folgen) 14,4%; "Gamma-Typ" (Abhängigkeit, progredienter Verlauf) 17,8%; "Delta-Typ" (Abhängigkeit mit chronischem Verlauf) 18,6%; drei Probanden wurden dem "Epsilon-Typ" (episodischer Alkoholmißbrauch) zugeordnet. Als Alkoholkrankheit im "eigentlichen Sinne" ist nach Meinung JELLINEKs nur der "Gamma-" und "Delta-Alkoholismus" aufzufassen. Diese beiden Typen waren insgesamt immerhin mit 36,4% vertreten.

3. Fallidentifikation:

Den Problemen der Alkoholismus-Diagnose, auf die schon in den vorigen Kapiteln näher eingegangen wurde, trachteten FEUERLEIN et al. (1977) in dem von ihm entwickelten Münchner-Alkoholismus-Test (MALT) entgegenzutreten, indem sie die vier Hauptbereiche der Alkoholismuskriterien abzudecken versuchten: den somatischen, den psychischen und den sozialen Bereich sowie das pathologische Trinkverhalten. FEUERLEIN legte dabei Wert auf eine hohe Spezifität, um "falsch positive" Diagnosen möglichst zu

vermeiden. Die Validierungsuntersuchung wurde an Patientenkollektiven durchgeführt, also an meist schweren Alkoholismusfällen, die sich in ärztlicher Behandlung befanden. So ist es verständlich, daß bei der vorliegenden Untersuchung doch ein erheblicher Anteil der Probanden, die vom Interviewer als Alkoholiker diagnostiziert worden waren, eine nach den Maßstäben des MALT für die Diagnose erforderliche Punktezahl nicht erreichten. Trotzdem besteht nach FEUERLEIN bei einer Punktezahl)6 bei sonst klinisch unverdächtigen Patienten der "dringende Verdacht" auf Alkoholismus, was bei den Probanden mit Verdacht auf Alkoholmißbrauch (39,8%) der Fall ist. Die in FEUERLEINS Untersuchung gesicherten Alkoholismusfälle erreichten ihr Punktemaximum zwischen 10 und 30 Punkten. In unserer Studie lagen in diesem Bereich nicht einmal ein Viertel jener Probanden, die vom Interviewer als "alkoholismusverdächtig" eingestuft wurden. So erweist sich der MALT bei unserer Erhebung in der Allgemeinbevölkerung, wo differenziertere Diagnosekriterien angewandt wurden, als zu wenig sensitiv: Unter anderem erhielten zwei diagnostizierte Alkoholiker überhaupt keinen Punkt im "MALT".

Das Problem der Fallidentifikation und Beurteilung des Alkoholismus durch den "MALT" tritt noch einmal sehr deutlich beim Vergleich der Summscores in dem Fremdbeurteilungsteil (MALT F) zutage, der vom Arzt bzw. Interviewer an Hand von Untersuchungsergebnissen und (Fremd-) Anamnesen ausgefüllt wird. Es wurden 11 "Alkoholprobanden" in Palling einmal vom Hausarzt und einmal vom jeweiligen Interviewer nach dem Schema des "MALT-F" eingestuft. Dabei ergab sich ein völlig uneinheitliches Bild

(siehe Tab. 81): Nur ein einziger Proband erhielt sowohl vom Hausarzt als auch vom Interviewer "MALT-F"-Punkte und zwar vom Interviewer 16 und vom Hausarzt 20 Punkte. Alle übrigen zehn Probanden wurden entweder nur vom Interviewer oder nur vom Hausarzt mit Punkten bedacht, wobei hier der Hausarzt acht Alkoholprobanden, der Interviewer nur zwei Probanden Punkte zuteilte. Außerdem lagen die "MALT-F"-Summenscores, die der Hausarzt vergab, höher (durchschnittlich 7,5 Punkte) als die vom Interviewer vergebene Punktezahl (durchschnittlich 5,2 Punkte).

Tabelle 81: SUMMENSORE "MALT-F" BEI PROBANDEN MIT DIAGNOSE "ALKOHOLISMUS" IN PALLING
VERGLEICH HAUSARZT - INTERVIEWER BEURTEILUNG.

Proband	MALT-F Punktezahl laut	
	Hausarzt	Interviewer
1	8	0
2	4	0
3	8	0
4	20	16
5	4	0
6	8	0
7	20	0
8	8	0
9	0	4
10	0	4
11	8	0

Diese deutlichen Differenzen sind vermutlich u.a. dadurch erklärbar, daß beim Hausarzt doch ein breiteres Wissen vorliegt, was Anamnese, Lebenssituation und klinischen Zustand seines Patienten betrifft, als dies bei einem kurzen Interview der Fall sein kann, wo eventuell wichtige Hinweise dem Befrager entgehen.

Insgesamt ist der "MALT" als Fragebogentest bzw. Screening in der

Bevölkerung nur bedingt geeignet, zum einen, da er nur schwerere Alkoholismusfälle aufdeckt und die leichteren Fälle, die möglicherweise noch in der Frühphase eher therapeutisch beeinflussbar wären, unerkannt bleiben, zum anderen, da vom Befrager (Arzt) so viel Wissen über Anamnese und Befund des Probanden vorausgesetzt wird, daß möglicherweise die schon bestehende Diagnose "Alkoholismus" nur noch einmal bestätigt wird.

IX. ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen einer 1975 durchgeführten Felderhebung in den drei Gemeinden Palling, Traunstein und Traunreut und einer 1980 anschließenden Follow-up Studie in den gleichen Ortschaften, zur Bestimmung der Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung, wurde hier speziell die Verbreitung des Alkoholmißbrauchs in der Allgemeinbevölkerung näher untersucht. Außer der Ermittlung der Alkoholismusprävalenz wurden zum einen Zusammenhänge analysiert zwischen der Alkoholkrankheit bzw. dem Trinkverhalten und sozio-ökonomischen, psychischen und körperlichen Merkmalen sowie an Hand der Follow-up Studie verlaufstypologische Gesichtspunkte dieser Merkmale dargestellt, zum anderen Probleme der Fallidentifikation aufgezeigt u.a. am Beispiel des "Münchner Alkoholismus Tests".

Im Jahre 1975 wurden 1536 zufällig ausgewählte Probanden (15 Jahre und älter) - davon 688 Männer - persönlich interviewt; in der Folgestudie 1980 belief sich die Zahl der befragten Probanden auf insgesamt 1383 (609 männliche Probanden).

Der Anteil jener männlichen Probanden an der männlichen Gesamtbevölkerung, bei denen von medizinisch und psychiatrisch geschulten Interviewern die Diagnose "Alkoholismus" - aufgeschlüsselt nach der 8. Revision der ICD - gestellt wurde, liegt bei 10,1% (Projekt A 10) bzw. 14,9% (Projekt D 4) die Alkoholismusprävalenz in der Gesamtbevölkerung (männlich und weiblich) bei 4,6% (A 10) bzw. 6,8% (D 4).

Unter den 1975 diagnostizierten 68 Alkoholikern fanden sich zwei Frauen (2,8%); in der Follow-up Studie lag das Verhältnis der Geschlechter bei 18:1 zugunsten der Männer.

Es handelt sich in über 52% um leichte Fälle von Alkoholismus (Schweregrad 1), ganz überwiegend wurde Bier (80,4%) als das bevorzugte Alkoholum angegeben; also umfaßt die Gruppe der hier diagnostizierten Alkoholiker ein wesentlich breiteres Fallspektrum, als bei der Anwendung einer streng medizinischen Definition, so daß man beim Vergleich mit Prävalenzraten anderer Studien vorsichtig sein muß.

Bezüglich der Altersverteilung findet sich der größte Anteil der diagnostizierten Alkoholiker unter den 20-29-Jährigen (16,2% - Projekt A 10); unter den Probanden im Alter von 15 - 20 Jahren wurde kein Alkoholiker gefunden.

Die Verteilung nach dem sozio-ökonomischen Status zeigt eine Häufung der Alkoholiker in den unteren sozialen Schichten: In der niedrigsten Unterschicht findet sich die höchste Alkoholismus-Morbiditätsrate (20,0%: Alkoholismus mit Schweregrad ≥ 2) sowie bei Berufen mit niedrigerem Sozialprestige (Arbeiter: 15,7%).

Im Sozialverhalten unterscheiden sich die Alkoholiker von der Gesamtbevölkerung: Alkoholiker sind häufiger in der Gruppe mit gestörter sozialer und familiärer Integration vertreten, obwohl bei ihnen nicht in erhöhtem Maße der Wunsch nach mehr sozialen Kontakten besteht, ja sogar bei der Frage nach der Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten der Alkoholikeranteil bei den

Probanden, die diesbezüglich sehr zufrieden sind, am größten ist (13,2%).

Unter den psychiatrischen Diagnosen wurde bei den Alkoholikern die Diagnose "Neurosen" am häufigsten gestellt – ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung (20,5%) –; die zweithäufigste psychiatrische Diagnose unter den "Alkoholprobanden" waren "Persönlichkeitsstörungen". Im Goldberg-Interview ist der Anteil der Alkoholiker erhöht im Bereich "20 Punkte und mehr", was auf ein vermehrt gestörtes psychisches Befinden hinweist. Außerdem erreichen Alkoholiker signifikant hohe Mittelwerte in den Summenscores.

Die häufigste somatische Diagnose bei den Alkoholikern war "Hepatopathie" (15,4% der Hauptdiagnosen), gefolgt von den Neurologischen Erkrankungen (12,3%) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (10,7%) (die Ergebnisse entstammen der ersten Querschnittserhebung). Bei den Probanden, die ihren Gesundheitszustand als "mäßig bis sehr schlecht" beurteilten, sind die Alkoholiker signifikant überrepräsentiert (17,1% – Projekt A 10); trotzdem sehen nur 12,7% der Alkoholiker ihren Alkoholmißbrauch als schädlich an.

Das Trinkverhalten der Probanden mit Verdacht auf Alkoholmißbrauch in unserer Studie läßt sich wie folgt charakterisieren: Im Durchschnitt trinken die Alkoholiker mit Schweregrad 1 täglich 76,3 ml reinen Alkohol, mit Schweregrad 2 115,8 ml und maximal täglich 190,6 ml (Schweregrad 1) bzw. 267,2

m1 (Schweregrad ≥ 2) reinen Alkohol. Die Trinkgesellschaft wird von der Mehrzahl (36,4%) als "gleichbleibend" angegeben; ein bevorzugter Trinkort läßt sich aus den Antworten nicht ableiten (33,6% zu Hause; 26,2% in Gaststätten; 23,4% keine Bevorzugung; 14,0% im Betrieb). Ein Drittel der Alkoholprobanden begannen ihren Alkoholmißbrauch im 16. - 20. Lebensjahr, immerhin 6% vor dem 16. Lebensjahr.

Bei der Erprobung des "Münchner Alkoholismus Tests" in unserer Felderhebung erweist sich dieser bezüglich der hier angewandten Diagnosekriterien als zu wenig sensitiv. Über 50% der Probanden mit Diagnose "Alkoholismus" lagen im Bereich 0 - 6 Punkte, was nach FEUERLEIN einen Fall von Alkoholismus unwahrscheinlich erscheinen läßt.

Bei den Alkoholismus-Fällen in Palling, wo zusätzlich eine diagnostische Beurteilung des Hausarztes vorlag, zeigte sich beim Vergleich der Diagnosestellungen durch den Interviewer/Hausarzt eine Übereinstimmung ("Fall/nicht Fall") von nur 30%, wo von beiden "Instanzen" die Diagnose "Alkoholismus" gestellt wurde.

Besonders herzlich möchte ich mich bedanken bei

Herrn Priv. Doz. Dr. M. Fichter für die lehrreiche Einführung in
die Thematik und die zahlreichen
Anregungen

bei Herrn Dr. S. Weyerer für die besonders freundliche
und geduldige Unterstützung bei
der Lösung methodischer Probleme

und Frau T. Eiberger für die unermüdliche Sorgfalt
bei der schriftlichen Ausfertigung

Gudrun gewidmet

LITERATURVERZEICHNIS

- Antons, K., Schulz, W. (1976). Normales Trinken und Suchtentwicklung: Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigem Alkoholismus (Vol. 1), Göttingen: Hogreve.
- Antons, K., Schulz, W. (1977). Normales Trinken und Suchtentwicklung: Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigem Alkoholismus (Vol. 2), Göttingen: Hogreve.
- Athen, D., Schraner, B. (1980). Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer Medizinischen Klinik. Vortrag gehalten auf dem 4. Wissenschaftlichen Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, April 15-17, in Tutzing.
- Auerbach, P., Dilling, H. (1980). Die Prävalenz des Alkoholismus stationär behandelter Patienten aus Lübeck. Allgemeine Angaben zum Teilprojekt D 3.
- Bayerisches Staatsministerium des Innern (1974). Drogen- Alkohol- Nikotin-Dokumentation über eine Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern.
- Berger, H., Legnaro, A., Reuband, K.H. (1979). Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blanck, G.R. (1977). Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett.
- Blane, H.T., Barry, H. (1973). Birth Order and Alcoholism: A Review. Quart J Stud Alc, 34, 837.
- Bleuler, E. (1955). Lehrbuch der Psychiatrie. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Boyd, J.H., Weissman, M.M., Thompson, W.D., Myers, J.K. (1983). Different Definitions of Alcoholism. I: Impact of Seven Definitions on Prevalence Rates in a Community Survey. Americ Journ Psychiatr, 140.
- Bradburn, N. (1969). The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Publishing Co..
- Bremer, J. (1951). A Social Psychiatric Investigation of a Small Community in Northern Norway. Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, 62.
- Brunetti, P.M. (1975). Rural Vaucluse: Two Surveys on the Prevalence of Mental Disorders: Summary of Data. Acta Psychiatrica Scandinavica, 263, 12-15.

- Cahalan, D., Cisin, I. (1976). Drinking Behavior and Drinking Problems in the United States. In Kissin, B. (Ed.), *The Biology of Alcoholism*. New York: Plenum Press.
- Cahalan, D., Room, R. (1972). Problem Drinking Among American Men Aged 21-59. *Am Journ Public Health*, 62, 1473.
- Celentano, D.D., McQuenn, D.V. (1978). Reliability and Validity of Estimators of Alcoholism Prevalence. *J Stud Alc*, 39, 869-878.
- Clare, A.W. (1977). Psychological Profiles of Women complaining of Premenstrual Symptoms. *Current Medical Research Opinion*, 4, 23-28.
- Clare, A.W., Cairns, V.E. (1978). Design, Development and Use of Standardized Interview to Assess Social Maladjustment and Dysfunction in Community Studies. *Psycholog. Med.*, 8, 589-604.
- Clark, W., Cahalan, D. (1976). Changes in Problem Drinking over a Four-Years Span. *Addictive Behavior*, 1, 251-259.
- Cole, N.J., Branch, C.H.H., Orla, M. (1957). Mental Illness. *A M A Archives of Neurology and Psychiatry*, 393-398.
- Cooper, B., Harwin, B.G., Depla, C., Shepherd, M. (1975). Mental Health Care in the Community. An Evaluative Study. *Psychological Med.*, 5, 372-380.
- Cranach, M., Cooper, J.E. (1972). Changes in Rating Behavior During Learning of a Standard Psychiatric Interview. *Psycholog Med*, 2, 373-380.
- Cronbach, L.J. (1951). The Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Crowne, D.P., Marlow, D. (1960). A New Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *J Consult Psychol*, 24, 349-354.
- De Lint, J. (1975). Current Trends in the Prevalence of Excessive Alcohol Use and Alcohol-Related Health Damage. *Brit Journ of Addiction*, 70, 3-13.
- De Lint, J., Schmidt, W. (1971). Consumption Averages and Alcohol Prevalence: A Brief Review of Epidemiological Investigation. *Brit Journ of Addiction*, 66, 97-107.
- De Palma, N., Clayton, H.D. (1958). Scores of Alcoholics on the Sixteen Personality Factor Questionnaire. *J Clin Psycholog*, 14, 390-392.
- Demel, I. (1976). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Neuland. Hamburg.

- Demel, I. (1979). Psychologische Aspekte des Alkoholismus. In Baumann, U., Berbalk, H., Seidensticker, G. (Ed.), *Klin.-Psychol. Trends in Forschung und Praxis*. Bern-Stuttgart-Wien: Hans Huber.
- Dilling, H. (1977). Niedergelassene Nervenärzte in der Psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt*, 48, 586-602.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1975). Bericht über das Projekt A 10.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1978). Epidemiologie Psychischer Störungen und Psychiatrische Versorgung. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R. (Ed.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Dilling, H., Weyerer, S., Enders, J. (1978). Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In Häfner, H. (Ed.), *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Dohrenwend, B.P. (1980). Nonspecific Psychological Distress and other Dimensions of Psychopathology-Measures for Use in the General Population. *Arch Gen Psych*, 37, 1229-1236.
- Dohrenwend, B.S., Cook, D., Dohrenwend, B.P. (1981). Measures of social functioning in community populations. In Wing, J.K., Bebbington, P., Robins, L.N. (Ed.), *What is a Case?*. London: Grant McIntyre.
- Duffy, J.C. (1977). Alcohol Consumption, Alcoholism and Excessive Drinking Errors in Estimates from Consumption Figures. *Internat Journ of Epidemiology*, 6, 375-379.
- Eddy, N.B., Halbach, H., Isbell, H., Seevers, M. (1965). Drug Dependence, its Significance and Characteristics. *Bull World Health Org*, 32, 721.
- Edwards, A.L. (1957). The Social Desirability Variable in Personality Assessment and Research (Vol. 4). New York: Dryden Press.
- Edwards, G., Hawker, A., Heusman, C., Peto, J., Williamson, V. (1973). Alcoholics Known or Unknown to Agencies. *Epidemiological Studies in a London Suburb*. *Brit Journ Psychiat*, 169-183.
- Ernst, C., Angst, J. (1983). Birth Order - Its Influence on Personality. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Essen-Möller, E. (1956). Individual Treats and Morbidity in a Swedish Rural Population. *Acta Psychiatrica et Neurologica*

Scand, 100.

- Fahrenkrug, H. (1981). Epidemiologische Alkoholforschung in den USA. Suchtgefahren, 27, 73-87.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatry Research. Arch Gen Psychiatry, 26, 57-63.
- Feuerlein, W. (1972). Behandlung der Alkoholiker in der ärztlichen Praxis: Ergebnis einer Umfrage bei 185 niedergelassenen Ärzten. Soc Psychiatry, 7, 36-46.
- Feuerlein, W. (1979). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W., Kunstmann, G. (1973). Die Häufigkeit des Alkoholismus - Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten. Münchn Med Wschr, 115, 1991-1996.
- Feuerlein, W., Kufner, H. (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in der BRD. Arch Psychiat Nervenkr, 224, 89.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, Ch., Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münchn Med Wschr, 119, 1275-1282.
- Frank, J.D. (1973). Persuasion and Healing. Baltimore: The John Hopkins Press, 312-318.
- Freed, E.X. (1968). Interpersonal Values of Hospitalized Alcoholic Psychiatric Patients. Psycholog Rep, 22, 403-406.
- Fuguelli, A.R. (1975). Mental Health and Living Conditions in a Fishing Community in Northern Norway. Acta Psychiatrica Scandinavica, 263, 39-42.
- Gerok, W.K., Sickinger, H.H., Hemekeuser, H. (1970). Alkohol und Leber. Internat Symposion. Freiburg i. Br.
- Gilbert, J., Lombardi, D. (1967). Personality Characteristics of Young Male Narcotic Addicts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, 536-538.
- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B., Shepherd, M. (1970). A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys. Brit J Prev Soc Med, 24, 18-27.
- Gruner, W. (1977). Zum Problem des Jugendalkoholismus. Eine Literaturanalyse. Fortschr Neurolog Psychiat, 45, 77-97.
- Gundel, K. (1972). Vergleich der Soziogenese des männlichen und weiblichen Alkoholismus anhand einer Sekundäranalyse klinischer Daten. Inauguraldissertation. München.

- Hafter, E. (1973). *Praktische Gastroenterologie*. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Haglung, R., Schuckit, M. (1977). The Epidemiology of Alcoholism. In Estes, N. (Ed.), *Alcoholism: Development, Consequences and Interventions*. St. Louis: Mosby.
- Hagnell, O. (undated). A Prospektive Study on the Incidence of Mental Illness. Svenska Bokförlaget.
- Hagnell, O. (1968). A Swedish Psychiatric Epidemiological Study, the Lundby Project. *Social Psychiatry*, 3, 75.
- Hagnell, O., Tunving, K. (1972). Prevalence and Nature of Alcoholism in a Total Population. *Social Psychiatry*, 7, 190.
- Hagnell, O., Öjesjö, L. (1975). A Prospective Study Concerning Mental Disorders of a Total Population Investigated 1947, 1957 and 1972. *Acta Psychiatr Scand*, 263, 1.
- Helgason, T. (1964). Epidemiology of Mental Disorders in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 173.
- Hobi, V., Ladewig, D. (1972). Alkoholismus und Drogenabhängigkeit im Vergleich: Eine Auswertung von MMPI-Profilen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 31, 306-317.
- Infratest (1975). Alkoholkonsum und Alkoholabusus. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung bei 20-64jährigen Männern und Frauen in der BRD und West Berlin. München.
- Jellinek, E.M. (1942). *Alcohol addiction and chronic alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Jellinek, E.M. (1960). Alcoholism, a Genus and Some of its Species. *Canad Med Ass Journ*, 1341.
- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Yale University Press.
- Johnson, P. (1977). US Adult Drinking Practices: Time Trends, Social Correlates and Sex Roles. A working note prepared for NIAA.
- Jorke, D. (1977). Zur Epidemiologie alkoholbedingter chronischer Lebererkrankungen. Papers presented at the 23rd International Institute of the Prevention and Treatment of Alcoholism in Dresden, Lausanne: JCAM Publ.
- Knupfer, G. (1967). The Epidemiology of Problem Drinking. *Am Journ Public Health*, 57, 973.
- König, P. (1980). Zur Epidemiologie des Alkoholismus in Vorarlberg. Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 81. Jahrgang, 9.
- Köster, H., Matakas, F., Schenk, E.K. (1978). "Alkoholismus als

- Karriere". Inst. für angewandte Sozialforschung der Univ. zu Köln. Düren: Rheinische Landesklinik.
- Küfner, H. (1978). Konzept einer ambulanten analytischen Gruppenpsychotherapie für Alkoholabhängige. Kassel: Nicol.
- Ledermann, S. (1956). Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Donnees scientifiques de caractere psychologique, economique et sociale. Paris: Instit. Nat. d'Etudes Demograf.
- Leibach, W.K. (1966). Leberschäden bei chronischem Alkoholismus. Acta hepat.-splenol., 13, 321-349.
- Lienert, G.A. (1969). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim-Berlin-Basel: Beltz Verlag.
- Lürssen, E. (1974). Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Suchtgefahren, 20, 145.
- Marson, M.P. (1948). A Psychometric Differentiation of Alcoholics from Non-alcoholics. Quart J Stud Alc, 9, 175-206.
- Matussek, P. (1959). Süchtige Fehlhaltungen. In Frankl, E., Gebattel, E.v., Schulz, I.H. (Ed.), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Mechanic, D. (1966). Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. Soc Psych, 1, 11-20.
- Moore, H., Kleining, G. (1960). Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Köl Zeitschr Soz Psychol, 12, 86-119.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L. (1984). Six Months Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities. Arch Gen Psych, 41, 959-967.
- Müller, U., Heinrich, K. (1977). Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform. Nervenarzt, 48, 578-585.
- National Council of Alcoholism Criteria Committee (1973). Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Quart J Stud Alc, 34, 281-282.
- National Council on Alcoholism Criteria Committee (1972). Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. Am J Psychiatr, 129, 127-135.
- Noble, E. (1978). Third Special Report to the US Congress on Alcohol and Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Popham, R.E. (1970). Indirect Methods of Alcoholism Prevalence Estimation: A Critical Evaluation. In Popham, R.E. (Ed.), Alcohol and Alcoholism. Papers presented at the Internat. Sympos.

in memory of E.M. Jellinek. Toronto: University of Toronto Press.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl. Psychol. Measure*, 1, 385-401.
- Rauchfleisch, U. (1972). Vergleichend experimentelle Untersuchung zur Persönlichkeitsstruktur von Suchtkranken. *Psychiatrica Clinica*, 5, 27-40.
- Reuband, K.H. (1979). Alkoholkonsum in der Bundesrepublik: Eine empirische Bestandsaufnahme. In Berger, H., Legnaro, A., Reuband, K.H. (Ed.), *Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ritter, H. (1968). Zur Fallverteilung in der Allgemeinpraxis. *Münchn Med Wschr*, 110, 1456-1466.
- Schmidt, W., De Lint, J. (1970). Estimating the Prevalence of Alcohol from Alcohol Consumption and Mortality Data. *Quart Journ Stud Alc*, 31, 957-964.
- Schrappé, O. (1968). Alkoholismus und psychiatrische Krankheiten. *Internist*. Berlin: 9, 264.
- Schuster, E. (1977). *Epidemiologie des Alkoholismus*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Seeley, J.R. (1960). Death by Liver-Cirrhosis and the Price of Beverage Alcohol. *Can Med Assoc Jour*, 83, 1361-1366.
- Seitelberger, F.H., Gross, H. (1962). Zur Neuropathologie des Alkoholismus: Bericht über die Arbeitstagung über Alkoholismus. Wien: Neurol. Universitätsklinik Wien.
- Sieber, M., Angst, J. (1981). Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum. Ein Beitrag zur Epidemiologie und Ätiologie bei jüngeren Erwachsenen. Bern-Stuttgart-Wien: Huber-Verlag.
- Siede, H., Lindner, R., Wollbrink, K. (1975). Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern. *Enquete Anhang*, 480-487.
- Skog, O.J. (1973). Less Alcohol - Fewer Alcoholics? Drinking and Drug Practices. *Surveyor*, 7, 7-14.
- Solms, H. (1975). Die Ausbreitung des Alkoholkonsums und des Alkoholismus. In Steinbrecher, W., Solms, H. (Ed.), *Sucht und Mißbrauch*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1978). *Research Diagnostic Criteria*: New York State Psychiatry Institute. Biometric Research.

- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K., Rennie, T.A.C. (1962). *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: Mc Graw Hill.
- Strauß, R. (1976). Problem Drinking in the Perspective Social Change 1940-1973. In Filstead, W.J. (Ed.), *Alcohol and Alcohol Problems, New Thinking and New Directions* (pp. 29-56). Cambridge-Massachusetts
- Thaler, H. (1977). Voraussetzungen für den alkoholischen Leberschaden. *Therapiewoche*, 27, 6580.
- Trojan, A. (1980). Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der BRD. *Suchtgefahren*, 26, 1-17.
- Vernon, S.W., Roberts, R.E. (1981). Measuring Nonspecific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. Further Observations on the Problem. *Arch Gen Psychiat*, 38, 1239-1247.
- Weyerer, S., Feike, D., Dilling, H. (1981). Nichterkannte Suchtkranke in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In Kerp, W. (Ed.), *Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe*. Stuttgart-New York: Thieme Verlag.
- Whitlock, F.A. (1974). Liver-Cirrhosis, Alcoholism and Alcohol Consumption. *Quart J Stud Alc*, 35, 586-605.
- Wieser, S. (1972). *Das Trinkverhalten der Deutschen. Eine medizinisch-soziologische Untersuchung*. Herford: Nikolaische Verlagsbuchhandlung.
- Wieser, S., Feuerlein, W. (1976). Prävalenz des Alkoholismus in Bremen. *Neurol Psych*, 44.
- Woodruff, R.A., Guze, S.B., Clayton, P.J., Carr, D. (1972). Alcohol and Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 28.
- World Health Organization (1969). Expert Committee on Drug Dependence. Sixteenth Report. WHO Techn Rep Ser, 407.
- Zerssen, D. v. (1976). *Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Zintl-Wiegand, A., Schmidt-Manhart, C., Leisner, R., Cooper, B. (1978). Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In Häfner, H. (Ed.) *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Öjesjö, L. (undated). Prevalence of Known and Hidden Alcoholism in the Revisited Lundby Population. *Social Psychiatry*, in press.

Lebenslauf

1958, 22.4.: als Sohn von Dr.med. Walter Kellnar und Dr.
me. Ulrike Kellnar in München geboren

1960: Umzug nach Garmisch Partenkirchen

1964-1968: Besuch der Volksschule Partenkirchen

1968: Eintritt in das Werdenfels-Gymnasium Garmisch-
Partenkirchen

1977: Erlangung der Hochschulreife

1977 (November): Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig-
Maximilians-Universität München

1980: Ein Auslandssemester an der Universität Wien

1984 (Mai): Approbation als Arzt

Seit 1984 (Juli): Tätigkeit als Assistenzarzt an der Kinderchirurgischen
Klinik (Direktor: Prof. Dr. W. Ch. Hecker) im
Dr. von Hauner'schen Kinderspital der Universität
München

